

Mitteilung des Senats vom 10. August 2021**Die intensivmedizinische Versorgung im Spiegel der Corona-Pandemie – Kapazitäten und Auslastungen mit Blick auf die Krankenhausplanung im Land Bremen**

Die Fraktion der CDU hat unter Drucksache 20/983 eine Große Anfrage an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung

Die Beantwortung der Großen Anfrage setzt unter anderem die Auswertung unterschiedlicher Datengrundlagen und die Darstellung von entsprechenden Ergebnissen im Zeitverlauf voraus. Größere Abbildungen und Tabellen können nicht immer unmittelbar in den Text integriert werden und finden sich stattdessen in einem nachgelagerten Anhang.

1. Erläutern Sie die gesundheitspolitische Strategie des Senats und die von ihm verantwortete Umsetzung bei der Sicherstellung der notwendigen stationären Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern des Landes Bremens. Stellen Sie diese Betrachtungen allgemein ab Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Jahre von 2016 bis 2019 an, ergänzt um die folgenden Auskünfte:

- a) In welchem Maße orientiert sich der Bedarf in der Krankenhausplanung seitdem weiterhin an der Fortschreibung des Ist-Zustandes und der Bevölkerungsentwicklung?

Krankenhausplanung ist das zentrale Steuerungsinstrument zur Verwirklichung des in § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) benannten Zieles, eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Unter Bedarf ist in der Krankenhausplanung – entsprechend der gültigen Rechtsprechung (BVerwG, Urteil vom 14. November 1985 – 3 C 41.84) – der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf. Kein Bedarf im Sinne des Gesetzes ist ein mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender bundeseinheitlicher Durchschnittsbedarf, denn die örtlichen Gegebenheiten und regionalen Bedarfsstrukturen im Einzugsbereich des Krankenhauses müssen berücksichtigt werden (BVerwG, Urteil vom 18. Dezember 1986 – 3 C 67/85).

Die Bedarfsanalyse als Bestandteil des Krankenhausplans ist kein Planungsinstrument: Es ist der tatsächliche Bedarf festzustellen, der zu versorgen ist, sodass die Bedarfsanalyse vielmehr Feststellungen und Schätzungen zum Gegenstand hat, die ausschließlich auf tatsächlichem Gebiet liegen (BVerwG, Urteil vom 25. Juli 1985 – 3 C 25/84). Festgestellt wird der Versorgungsbedarf durch die landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz, die

den Ländern vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) explizit für die Zwecke der Krankenhausplanung übermittelt werden. Der planenden Behörde steht deshalb bei der Verwendung der Daten im Rahmen der Krankenhausplanung kein Spielraum zu. Materiell-rechtliche Vorgaben zur Bedarfsermittlung enthalten weder das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) noch sonstiges Bundesrecht.

Für die Bedarfsanalyse – insbesondere die Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs (Zukunftsanalyse, Bedarfsprognose) – spielt die Bevölkerungsentwicklung eine hervorgehobene Rolle, da die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen eine ausgeprägte Altersabhängigkeit aufweist. Die Krankenhausplanung ist dabei ein Prozess, der sich kontinuierlich fortentwickelt. Die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Diagnose und Behandlungsmethoden oder die gesetzlichen Grundlagen ändern sich fortlaufend – und damit auch der Versorgungsbedarf sowie nachgelagert die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl, Behandlungsplätzen und Fachrichtungen, die im Rahmen der Krankenhausplanung zu bestimmen sind. Die Länder sind daher nicht nur verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen, sondern auch, diese ständig beziehungsweise regelmäßig fortzuschreiben oder neu aufzustellen. Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 BremKrhG schreibt die zuständige Behörde den Krankenhausplan bei Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung fort. In welchem zeitlichen Turnus dies geschieht, legt der Bundesgesetzgeber nicht fest. Auch dies ist nach § 6 Absatz 4 KHG Sache der Länder.

Innerhalb des jeweils gültigen Planungshorizonts erfolgt regelmäßig eine Anpassung der voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten an die tatsächlich zu beobachtende Bedarfsentwicklung. Gleichwohl die Entwicklung des Bedarfes ein zentraler Faktor bei der Anpassung der voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten ist, werden weitere Faktoren bei der Ausgestaltung der Versorgungsaufträge berücksichtigt. Speziell in den Gesprächen zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge nach § 5 Absatz 6 BremKrhG zwischen Krankenhaus- und Kostenträgern erfolgt eine Gesamtbetrachtung von Einflussfaktoren auf die Entwicklung der voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten. Dies umfasst neben der Entwicklung des Versorgungsbedarfes insbesondere auch die Verfügbarkeit von Personal und die Berücksichtigung von bundesrechtlichen Vorgaben (in den Bereichen Qualität und Personal), die sich auf die Möglichkeit zur Umsetzung spezifischer Versorgungsaufträge auswirken können.

- b) In welchem Maße flossen qualitative Elemente von Expertenpanels über Qualitätsvorgaben für personelle und technische Standards sowie weitere qualitative Anforderungen ergänzend in die Landeskrankenhausplanung ein?

Krankenhausplanung ist kein unidirektionaler Prozess, bei dem alleine die Länder die Krankenhausstrukturen bestimmen. Die Länder besitzen zwar die Letztverantwortung und das Letztentscheidungsrecht, die Strukturen der Krankenhausversorgung werden jedoch vielmehr im Zusammenspiel einer Vielzahl an Beteiligten, unter Abwägung unterschiedlicher Ziele, Einflussfaktoren und Interessen sowie jeweils mit Blick auf die regionalen Gegebenheiten festgelegt (siehe hierzu auch Antwort zu Punkt 1a).

Im Hinblick auf das Planaufstellungsverfahren verpflichtet § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG die Länder, bei der Krankenhausplanung einvernehm-

liche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Einvernehmen meint dabei eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als bloßes Anhören und mehr als Benehmen; es ist das ernsthafte Bemühen, sich mit den Beteiligten der Krankenhausversorgung zu einigen. Allerdings gibt es kein Vetorecht einzelner Beteiligter. Das Land hat das Letztentscheidungsrecht, soweit Einvernehmen (zwischen den Beteiligten) über die Bestimmung zur Leistungserbringung nicht erzielt wird. Die Krankenhausplanung im Land Bremen ist in einem mehrstufigen Prozess angelegt, bei dem auf jeder Stufe die an der Krankenhausversorgung Beteiligten nach § 7 BremKrhG unterschiedlich stark in den Planungsprozess einbezogen werden – auf diese Weise ist eine breit angelegte Mitwirkung der Beteiligten gemäß den bundesrechtlichen Vorgaben sichergestellt. Nur in wenigen anderen Ländern erfolgt eine vergleichbar intensive Einbeziehung der Beteiligten in die Krankenhausplanung.

Die von den Kliniken im Land Bremen zu erfüllenden Voraussetzungen für eine Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Absatz 2 BremKrhG sind im Ländervergleich bereits sehr dezidiert und anspruchsvoll gefasst. Hierzu gehört unter anderem auch, dass nur solche Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen werden dürfen, welche die Maßnahmen der geltenden Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und die Qualitätsstandards nach dem Bremischen Krankenhausgesetz einhalten. Aufgrund der bereits sehr umfangreichen Qualitätssicherung nach dem SGB V und sonstigen qualitätssichernden Maßnahmen, die im Zuge der Aufnahme in den Krankenhausplan zu erfüllen sind (zum Beispiel Nachweis ärztlicher Weiterbildungsbefugnisse, Zulassung als ärztliche Weiterbildungsstätte, an die jeweils die Erfüllung spezifischer Strukturvorgaben geknüpft ist), wurde bislang von der Möglichkeit nach § 31 Absatz 3 Nummer 1 BremKrhG abgesehen, durch Rechtsverordnung weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung, Qualitätsmerkmale oder Qualitätsindikatoren zur Umsetzung der Ziele nach dem Bremischen Krankenhausgesetz, soweit sich diese aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen, zu regeln. Anzumerken ist weiterhin, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplanes sind (§ 5 Absatz 3 BremKrhG) und die Kliniken im Hinblick auf die Erfüllung personeller Standards an umfangreiche bundesrechtliche Vorgaben gebunden sind, insbesondere die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV) und die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL). Aktuell wird eine Erweiterung der Qualitätsvorgaben und -anforderungen an die Kliniken angesichts der bereits sehr hohen Regulierungsdichte sowohl im Landes- als auch im Bundesrecht für nicht zielführend und inhaltlich auch nicht für notwendig erachtet.

- c) In welcher Gewichtung werden seitdem die Parameter Qualität, Bedarf und Wirtschaftlichkeit für die Planung und Durchführung stationärer Versorgung gesetzt?

Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist nach § 1 Absatz 1 die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Mit dieser Formulierung wird zum Ausdruck gebracht, dass die wirt-

schaftliche Sicherung der Krankenhäuser kein Selbstzweck ist, sondern ein Mittel im Sinne eines Instrumentalzieles sein soll, um andere, übergeordnete Ziele zu gewährleisten. Die Forderung nach einem wirtschaftlichen Krankenhausbetrieb reduziert sich dabei im Kern auf die Forderung nach einer sparsamen und eigenverantwortlichen Wirtschaftsführung. Der Zweck und die Zielsetzungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in § 1 Absatz 1 beinhalten demzufolge die oben genannten Parameter der Qualität, Bedarf und Wirtschaftlichkeit. Die genannten Ziele sind nicht nur deshalb schwierig in der praktischen Umsetzung, weil es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe handelt. Sie sind vor allem auch deshalb herausfordernd, weil der Bundesgesetzgeber das Verhältnis dieser Ziele zueinander, ihre Hierarchie und die Auflösung der zwischen ihnen bestehenden Konflikte offengelassen hat. Die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen kann aufgrund des unmittelbaren Zusammenhangs mit dem besonderen Stellenwert der Gesundheit als verfassungsrechtlichem Höchstwert als Fundamentalziel und damit als das oberste Ziel des KHG eingeordnet werden. Gesundheitliche Interessen haben Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen. Unter fachlichen Gesichtspunkten ist eine Höhergewichtung des Fundamentalzieles einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung nachvollziehbar. Für die Erreichung dieses Fundamentalzieles ist jedoch die Verfügbarkeit leistungsfähiger Krankenhäuser und deren wirtschaftliche Sicherung eine Grundvoraussetzung (vergleiche hierzu die Ausführungen in Dettling/Gerlach 2018, Krankenhausrecht, Seiten 35ff). Dies verdeutlicht die wechselseitige Abhängigkeit der unterschiedlichen Zielparameter innerhalb des KHG.

- d) In welcher Größenordnung erfolgte im Zuge der Differenzierung die Umstellung einer Betten- und Platzplanung auf eine Leistungsplanung in den einzelnen Disziplinen, insbesondere in der Intensivmedizin?

Eine kapazitätsbezogene Planung setzt eine entsprechende Leistungsplanung voraus. Um die bedarfsnotwendigen Behandlungskapazitäten zu ermitteln, wird der voraussichtliche Versorgungsbedarf auf den in den einzelnen Fachgebieten erbrachten Krankenhausleistungen bestimmt (jeweils alters- und geschlechtsspezifisch sowie getrennt für die beiden Stadtgebiete Bremen und Bremerhaven). Vor dem Hintergrund, dass speziell die Operationalisierung der Bedarfsgerechtigkeit mess- und objektivierbare Kriterien voraussetzt, dürfte ein vollständiger Verzicht auf eine kapazitätsbezogene Planung nicht in Einklang mit den bundesrechtlichen Vorgaben stehen. Eine stark leistungsorientierte Krankenhausplanung – wie zuletzt für Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen – wirft insbesondere die Frage der Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Weiterbildungsrecht auf, da es bei einer stark leistungsorientierten Planung zu einer Binnenfragmentierung von Fachgebieten als vielfach originäre Planungseinheiten und einer Verteilung von Leistungen ein und desselben Fachgebietes auf mehrere Krankenhausstandorte kommen kann. Im Land Bremen erfolgt eine fachgebietsbezogene Planung mit einer hohen Detailtiefe, die zwar eine hohe Leistungsorientierung zur Folge hat, jedoch immer noch ein kohärentes System aus Planungs- und ärztlichem Weiterbildungsrecht ermöglicht.

Die Intensivmedizin gehörte bislang nicht zu den expliziten Planungseinheiten im Land Bremen. Im neuen Krankenhausplan für den Zeitraum 2022ff soll erstmalig eine separate krankenhauserplanerische Ausweisung der Intensivmedizin in den Bescheiden erfolgen. Hierzu werden in den Strukturgesprächen nach § 5 Absatz 6 Bremisches Krankenhausgesetz – auf Basis des neuen Krankenhausrahmenplans

– entsprechende Vereinbarungsvorschläge zwischen den Krankenhaus- und Kostenträgern erarbeitet und der senatorischen Behörde zur weiteren Prüfung vorgelegt. Übergeordnetes Ziel dieser Maßnahmen ist es, die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu einem gesonderten Gegenstand der Strukturgespräche zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge nach § 5 Absatz 6 BremKrhG zu machen. Die Systematik der Intensivbetten nach dem DIVI-Intensivregister kann dabei nach Auffassung der senatorischen Behörde ein konkreter Anhaltspunkt für die Struktur der zukünftig auszuweisenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten im Land Bremen sein.

- e) Inwiefern unterscheidet sich entsprechend dieser herangezogenen und gewichteten Elemente und Parameter die Landeskrankenausplanung von anderen Bundesländern, insbesondere von der der beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Hamburg?

Ausgangspunkt des Planungsrechts ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), in dem die §§ 6 bis 8 KHG die Planung der Krankenhauslandschaft durch Krankenhauspläne und Investitionsprogramme der Länder festlegen und entsprechende Vorgaben für Verfahren und Inhalt dieser Instrumente machen. Dieser bundesrechtliche Rahmen wird von jedem Bundesland durch eigene Landeskrankenhausesetze ergänzt und konkretisiert. Die §§ 6 bis 8 KHG legen somit nur die Grundzüge der Krankenhausplanung fest. Die Krankenhausplanung der Länder beinhaltet für gewöhnlich die Vorgabe der Krankenhausstandorte, deren Fachabteilungen und die diesbezüglich vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten (Anzahl der vollstationären Planbetten und teilstationären Behandlungsplätze). Die Planung wird auf Basis einer zukunftsbezogenen Bedarfsanalyse ermittelt, deren Ergebnisse im jeweiligen Landeskrankenhausesplan veröffentlicht werden. Die Verfahren zur Krankenhausplanung variieren dabei von Bundesland zu Bundesland. Dies steht jedoch im Einklang mit den bundesrechtlichen Vorgaben, demzufolge das Nähere zur Krankenhausplanung durch Landesrecht bestimmt wird (§ 6 Absatz 4 KHG).

Unterschiede hinsichtlich der grundsätzlichen Orientierung an einer kapazitätsbezogenen Krankenhausplanung bestehen zwischen den Stadtstaaten aktuell nicht; auch die meisten Flächenländer greifen bislang – mangels geeigneter Alternativen – auf Planbetten und Behandlungsplätze als Grundlage für die Bedarfsvorgaben zurück. Detailunterschiede bestehen insbesondere hinsichtlich der Planungstiefe, das heißt der Art und Anzahl an ausgewiesenen Fachgebieten, sowie der genauen Methodik zur Ermittlung des zukünftigen stationären Versorgungsbedarfes. Die Krankenhausplanung im Land Bremen weist traditionell und im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern einen sehr hohen Detaillierungsgrad beziehungsweise eine hohe Planungstiefe auf, bei der speziell die Subdisziplinen der Inneren Medizin (Kardiologie, Pneumologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie et cetera) und der Chirurgie (Gefäßchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Herzchirurgie et cetera) in der Mehrzahl separate Planungseinheiten darstellen. Eine leistungsbezogene Krankenhausplanung kann demzufolge auch im Rahmen einer detaillierten Fachgebiets- und Kapazitätsplanung erfolgen (siehe hierzu Ausführungen unter Punkt d).

Hinsichtlich der einzubeziehenden Zielparameter lässt sich feststellen, dass diese für alle Bundesländer entsprechend der bundesrechtlichen Vorgabe im KHG identisch sind. In den meisten Fällen erfolgt eine Übernahme dieser Zielparameter in das Landesrecht (siehe hierzu § 2 Absatz 1 BremKrhG), teilweise in leicht abgewandelter

Form oder ergänzt durch weiterführende Zielsetzungen. Es ist anzunehmen, dass die nicht-widerspruchsfreien Zielparameter des KHG – genau wie im Land Bremen (siehe Ausführungen unter Punkt c) – auch in anderen Ländern gegeneinander abgewogen und einzelfallbezogen durchaus unterschiedlich gewichtet werden. Die Aspekte einer bedarfs- und patientengerechten sowie qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung können dabei jedoch als Fundamentalziele und somit als die obersten Ziele des KHG angesehen werden – entsprechend ist anzunehmen, dass auch andere Länder diesen Zielen im Rahmen ihrer krankenhauplanerischen Entscheidungen eine hervorgehobene Bedeutung beimessen.

- f) Inwiefern ist die Landeskrankenhausplanung mit dem Bundesland Niedersachsen abgestimmt? Wie hoch ist der Anteil niedersächsischer Patientinnen und Patienten an der Krankenhausversorgung Bremens?

Bei krankenhauplanerischen Maßnahmen, die das Land Niedersachsen betreffen, erfolgt ein proaktiver Informationsaustausch und gegebenenfalls eine konkrete Abstimmung mit dem für Krankenhausplanung zuständigen Ministerium in Niedersachsen. Beispiele hierfür sind die geplante und mit Niedersachsen abgestimmte Verlagerung der Fachgebiete Urologie und Orthopädie von Geestland nach Bremerhaven sowie die möglichen Auswirkungen einer weitergehenden Konzentration von geburtshilflichen Krankenhausleistungen auf dem Stadtgebiet Bremen. Gemäß § 6 Absatz 2 KHG ist die Krankenhausplanung zwischen den Ländern abzustimmen, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder eine wesentliche Bedeutung hat. Wesentliche Bedeutung hat ein Krankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder dann, wenn auch diese das Krankenhaus aufgrund der örtlichen Nähe und fachlichen Ausrichtung nutzen. Die Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven übernehmen in vielen Versorgungsbereichen eine Oberzentrumsfunktion, sodass in vielen Teilbereichen von einer erheblichen Bedeutung der Krankenhäuser für die Bevölkerung in Niedersachsen auszugehen ist. Der hohe Anteil von niedersächsischen Patientinnen und Patienten am Behandlungsaufkommen der Krankenhäuser im Land Bremen bestätigt dies (siehe Tabellen 1 bis 3).

Tabelle 1: Herkunft der Behandlungsfälle, Stadtgebiet Bremen, 2016 bis 2019

Regionale Einheit	2016		2017		2018		2019	
Land Bremen	123.138	63,3%	122.713	62,9%	120.249	63,2%	116.569	63,0%
<i>Stadt Bremen</i>	121.552	62,5%	120.985	62,0%	118.446	62,3%	114.682	62,0%
<i>Stadt Bremerhaven</i>	1.586	0,8%	1.728	0,9%	1.803	0,9%	1.887	1,0%
Niedersächsisches Umland	62.413	32,1%	63.031	32,3%	60.660	31,9%	59.541	32,2%
<i>LK Cuxhaven</i>	3.137	1,6%	3.022	1,5%	3.069	1,6%	2.967	1,6%
<i>Delmenhorst (Stadt)</i>	4.478	2,3%	4.654	2,4%	4.789	2,5%	4.421	2,4%
<i>LK Diepholz</i>	19.478	10,0%	19.652	10,1%	18.616	9,8%	18.417	9,9%
<i>LK Nienburg/Weser</i>	1.566	0,8%	1.655	0,8%	1.610	0,8%	1.561	0,8%
<i>LK Oldenburg</i>	2.724	1,4%	2.837	1,5%	2.893	1,5%	2.612	1,4%
<i>LK Osterholz</i>	14.318	7,4%	14.483	7,4%	13.983	7,4%	14.045	7,6%
<i>LK Rotenburg (Wümme)</i>	2.877	1,5%	2.882	1,5%	2.625	1,4%	2.856	1,5%
<i>LK Verden</i>	11.971	6,2%	11.918	6,1%	11.177	5,9%	10.939	5,9%
<i>LK Wesermarsch</i>	1.864	1,0%	1.928	1,0%	1.898	1,0%	1.723	0,9%
Übriges Niedersachsen	6.272	3,2%	6.801	3,5%	6.737	3,5%	6.581	3,6%
Niedersachsen insgesamt	68.685	35,3%	69.832	35,8%	67.397	35,4%	66.122	35,7%

Andere Bundesländer	2.128	1,1%	2.054	1,1%	1.940	1,0%	1.981	1,1%
Ausland	552	0,3%	556	0,3%	623	0,3%	432	0,2%
Unbekannt	3	0,0%	4	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<i>Land Bremen und NI-Umland</i>	<i>185.55 1</i>	<i>95,4%</i>	<i>185.74 4</i>	<i>95,2%</i>	<i>180.90 9</i>	<i>95,1%</i>	<i>176.11 0</i>	<i>95,1%</i>
<i>Land Bremen und Niedersachsen</i>	<i>191.82 3</i>	<i>98,6%</i>	<i>192.54 5</i>	<i>98,7%</i>	<i>187.64 6</i>	<i>98,7%</i>	<i>182.69 1</i>	<i>98,7%</i>
Insgesamt	194.50 6	100,0 %	195.15 9	100,0 %	190.20 9	100,0 %	185.10 4	100,0 %

Datengrundlage: landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltsgesetz (KHEntgG).

Tabelle 2: Herkunft der Behandlungsfälle, Stadtgebiet Bremerhaven, 2016-2019

Regionale Einheit	2016		2017		2018		2019	
Land Bremen	25.66 8	53,3%	25.54 3	53,7%	24.65 8	52,6%	24.07 6	52,3%
<i>Stadt Bremen</i>	444	0,9%	392	0,8%	463	1,0%	453	1,0%
<i>Stadt Bremerhaven</i>	25.22 4	52,4%	25.15 1	52,9%	24.19 5	51,6%	23.62 3	51,4%
Niedersächsisches Umland	21.38 2	44,4%	21.00 4	44,1%	21.26 7	45,3%	20.90 9	45,5%
<i>LK Cuxhaven</i>	18.13 0	37,7%	17.80 8	37,4%	17.74 3	37,8%	17.12 0	37,2%
<i>Delmenhorst (Stadt)</i>	23	0,0%	23	0,0%	20	0,0%	22	0,0%
<i>LK Diepholz</i>	61	0,1%	54	0,1%	71	0,2%	46	0,1%
<i>LK Nienburg/Weser</i>	25	0,1%	8	0,0%	4	0,0%	5	0,0%
<i>LK Oldenburg</i>	16	0,0%	17	0,0%	30	0,1%	13	0,0%
<i>LK Osterholz</i>	518	1,1%	640	1,3%	744	1,6%	746	1,6%
<i>LK Rotenburg (Wümme)</i>	381	0,8%	458	1,0%	398	0,8%	428	0,9%
<i>LK Verden</i>	45	0,1%	37	0,1%	69	0,1%	43	0,1%
<i>LK Wesermarsch</i>	2.183	4,5%	1.959	4,1%	2.188	4,7%	2.486	5,4%
Übriges Niedersachsen	476	1,0%	468	1,0%	442	0,9%	492	1,1%
<i>Niedersachsen insgesamt</i>	<i>21.85 8</i>	<i>45,4%</i>	<i>21.47 2</i>	<i>45,1%</i>	<i>21.70 9</i>	<i>46,3%</i>	<i>21.40 1</i>	<i>46,5%</i>
Andere Bundesländer	562	1,2%	517	1,1%	491	1,0%	445	1,0%
Ausland	52	0,1%	52	0,1%	42	0,1%	70	0,2%
Unbekannt	3	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
<i>Land Bremen und NI-Umland</i>	<i>47.05 0</i>	<i>97,7%</i>	<i>46.54 7</i>	<i>97,8%</i>	<i>45.92 5</i>	<i>97,9%</i>	<i>44.98 5</i>	<i>97,8%</i>
<i>Land Bremen und Niedersachsen</i>	<i>47.52 6</i>	<i>98,7%</i>	<i>47.01 5</i>	<i>98,8%</i>	<i>46.36 7</i>	<i>98,9%</i>	<i>45.47 7</i>	<i>98,9%</i>
Insgesamt	48.14 3	100,0 %	47.58 6	100,0 %	46.90 1	100,0 %	45.99 2	100,0 %

Datengrundlage: landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltsgesetz (KHEntgG).

Tabelle 3: Herkunft der Behandlungsfälle, Land Bremen, 2016 bis 2019

Regionale Einheit	2016		2017		2018		2019	
Land Bremen	148.80 6	61,3%	148.25 6	61,1%	144.90 7	61,1%	140.64 5	60,9%
<i>Stadt Bremen</i>	121.99 6	50,3%	121.37 7	50,0%	118.90 9	50,1%	115.13 5	49,8%
<i>Stadt Bremerhaven</i>	26.810	11,0%	26.879	11,1%	25.998	11,0%	25.510	11,0%
Niedersächsisches Umland	83.795	34,5%	84.035	34,6%	81.927	34,6%	80.450	34,8%

LK Cuxhaven	21.267	8,8%	20.830	8,6%	20.812	8,8%	20.087	8,7%
Delmenhorst (Stadt)	4.501	1,9%	4.677	1,9%	4.809	2,0%	4.443	1,9%
LK Diepholz	19.539	8,1%	19.706	8,1%	18.687	7,9%	18.463	8,0%
LK Nienburg/Weser	1.591	0,7%	1.663	0,7%	1.614	0,7%	1.566	0,7%
LK Oldenburg	2.740	1,1%	2.854	1,2%	2.923	1,2%	2.625	1,1%
LK Osterholz	14.836	6,1%	15.123	6,2%	14.727	6,2%	14.791	6,4%
LK Rotenburg (Wümme)	3.258	1,3%	3.340	1,4%	3.023	1,3%	3.284	1,4%
LK Verden	12.016	5,0%	11.955	4,9%	11.246	4,7%	10.982	4,8%
LK Wesermarsch	4.047	1,7%	3.887	1,6%	4.086	1,7%	4.209	1,8%
Übriges Niedersachsen	6.748	2,8%	7.269	3,0%	7.179	3,0%	7.073	3,1%
Niedersachsen insgesamt	90.543	37,3%	91.304	37,6%	89.106	37,6%	87.523	37,9%
Andere Bundesländer	2.690	1,1%	2.571	1,1%	2.431	1,0%	2.426	1,0%
Ausland	604	0,2%	608	0,3%	665	0,3%	502	0,2%
Unbekannt	6	0,0%	6	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
<i>Land Bremen und NI-Umland</i>	<i>232.601</i>	<i>95,9%</i>	<i>232.291</i>	<i>95,7%</i>	<i>226.834</i>	<i>95,7%</i>	<i>221.095</i>	<i>95,7%</i>
<i>Land Bremen und Niedersachsen</i>	<i>239.349</i>	<i>98,6%</i>	<i>239.560</i>	<i>98,7%</i>	<i>234.013</i>	<i>98,7%</i>	<i>228.168</i>	<i>98,7%</i>
Insgesamt	242.649	100,0%	242.745	100,0%	237.110	100,0%	231.096	100,0%

Datengrundlage: Landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

- Definieren Sie die Begrifflichkeit „betreibbares“ beziehungsweise „verfügbares“ Krankenhausbett, deren Zählweise und das Eingehen in die Landeskrankenhausplanung vor der Corona-Pandemie. Welche konkreten Bedingungen waren an die Verfügbarkeit von ärztlichem und pflegerischem Personal sowie an medizinischen Geräten mit dieser Begrifflichkeit im Land Bremen verbunden?

Eine explizite Definition eines betreibbaren beziehungsweise verfügbaren Krankenhausbettes hat vor der SARS-CoV-2-Pandemie nicht bestanden. Gemäß § 6 Absatz 2 Nummer 1 Bremisches Krankenhausgesetz haben die Kliniken jedoch eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung ihrer Versorgungsangebote sicherzustellen; nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 Bremisches Krankenhausgesetz muss die ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt durchgängig gewährleistet sein.

Das DIVI-Intensivregister hat im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie nachfolgende Definition für ein betreibbares beziehungsweise betriebsfähiges Krankenhausbett erarbeitet: Ein Krankenhausbett gilt in diesem Sinne als betreibbar beziehungsweise betriebsfähig, wenn ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und Material pro Bett, Betten und personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden sind und für die Versorgung beziehungsweise Behandlung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können. Diese Definition entspricht im Wesentlichen den Voraussetzungen einer dauerhaften, durchgängigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Bremischen Krankenhausgesetz. Es ist wahrscheinlich, dass die oben genannte Definition verstärkt Eingang in die Krankenhausplanung des Landes Bremen finden wird. Unabhängig davon ist mit den behördlich ausgestellten Feststellungs- und Festsetzungsbescheiden grundsätzlich eine Erfüllungspflicht des Krankenhausträgers verbunden, die darin enthaltenden Behandlungskapazitäten für die Versorgung der Bevölkerung tatsächlich vor- und den Betrieb bereitzuhalten. In diesem Sinne stellen nach Ansicht der senatorischen Behörde Planbetten immer auch verfügbare und betreibbare Krankenhausbetten dar. Änderungen in den Behandlungskapazitäten oder den für den Betrieb notwendigen Voraussetzungen sind der

senatorischen Behörde mitzuteilen (Mitteilungspflicht des Krankenhaus-trägers).

3. Welche Kapazitäten an betreibbaren Normalbetten bestanden im Vor-Corona-Jahr 2019 in den Krankenhäusern des Landes Bremens? Bitte schlüsseln Sie hierzu die durchschnittliche Zahl aller betreibbaren Betten pro Quartal und Krankenhaus auf.
4. Welche Kapazitäten an betreibbaren Intensivbetten bestanden im Vor-Corona-Jahr 2019 in den Krankenhäusern des Landes Bremens? Bitte schlüsseln Sie hierzu die durchschnittliche Zahl aller betreibbaren Intensivbetten pro Quartal und Krankenhaus auf.
8. Wie entwickelte sich die Zahl von Krankenhausbetten in der akutstationären Versorgung in der Zeit von 2016 bis 2019 insgesamt und pro Krankenhaus? Weisen Sie bitte die durchschnittlichen Werte pro Jahr und Quartal aus.

Die Fragen 3, 4 und 8 werden gemeinsam beantwortet.

Die im Rahmen der Krankenhausplanung zu- und ausgewiesenen Behandlungskapazitäten stellen immer verfügbare und betreibbare Krankenhausbetten dar; für die Krankenhausträger ergibt sich aus den jeweils gültigen Festsetzungsbescheiden in Bezug auf die Umsetzung eine entsprechende Erfüllungs- und in Bezug auf Änderungen in den Behandlungskapazitäten eine entsprechende Mitteilungspflicht. Anhang 1 beinhaltet die Zahl der zugewiesenen voll- und teilstationären Krankenhausbetten je Krankenhausstandort für den Zeitraum 2016 bis 2019, jeweils getrennt für die Kliniken der beiden Stadtgebiete Bremen und Bremerhaven. Da eine Anpassung der voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung ausschließlich jahresbezogen erfolgt und quartalsbezogene Änderungen entfallen, wird auf eine quartalsweise Darstellung verzichtet. Für das Jahr 2019 werden zusätzlich die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten ausgewiesen (siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 5).

Anzumerken ist, dass die Auslastung der Behandlungskapazitäten im Jahresverlauf schwankt. Für die meisten Fachgebiete wird ein durchschnittlicher Auslastungsgrad in Höhe von 85 Prozent zugrundegelegt; die Restkapazitäten sollen für Notfallsituationen oder Belastungsspitzen bereitstehen. Zu berücksichtigen sind weiterhin Bettensperrungen in Mehrbettzimmern infolge der Isolierung von Patientinnen und Patienten mit hochansteckenden Krankheiten. Die genannten Gründe erklären etwaige Abweichungen zwischen den krankenhausesplanerisch ausgewiesenen und den jeweils aktuell tatsächlich genutzten Behandlungskapazitäten.

5. Wie viele Intensivbetten waren im Jahr 2019 durchschnittlich pro Quartal belegt und wie viele frei? Bitte auch hier um Auskünfte pro Krankenhaus. Wie viele freie Intensivbetten gab es in diesem Jahr durchschnittlich pro Standort?

Seit dem Jahr 2018 wird den Ländern die intensivmedizinische Verweildauer in den landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mitgeteilt. Wird eine Patientin/ein Patient während des Aufenthalts intensivmedizinisch versorgt, ist die Verweildauer der intensivmedizinischen Versorgung des Falls in Tagen anzugeben. Die Angabe der Intensivverweildauer erfolgt mit zwei Nachkommastellen kaufmännisch auf 0,25 Tage gerundet. Die intensivmedizinischen Belegungstage für Patientinnen und Patienten gleich oder älter als 18 Jahre (Erwachsene) können Tabelle 4 entnommen werden. Darüber hinaus enthält Tabelle 4 die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten gemäß aktuellem Festsetzungsbescheid und die von den Kliniken des Landes Bremen zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie gegenüber der senatorischen Behörde berichteten verfügbaren Intensivbetten (jeweils vollstationäre intensivmedizinische Kapazitäten der Somatik, mit und ohne

Möglichkeit zur maschinellen Beatmung, ohne pädiatrische Intensivbetten, ohne Intermediate Care-Betten). Auf eine quartalsweise Darstellung wurde zugunsten einer Jahresdurchschnittsbetrachtung verzichtet.

Mit Bezug zu den Planbetten ergibt sich für das Stadtgebiet Bremen eine rechnerische Unterauslastung (60,7 Prozent) und für das Stadtgebiet Bremerhaven eine rechnerische Überschreitung des Versorgungsauftrages (101,8 Prozent) im Bereich der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für das Jahr 2019. Unter Zugrundelegung der betriebenen Intensivbetten mit Stand 02/2020 ergibt sich eine nochmalige Erhöhung der bettenspezifischen Auslastung. Bei einer angenommenen Normauslastung von 80 bis 90 Prozent, liegt der rechnerische Bedarf zwischen 168 und 149 Intensivbetten für die Stadt Bremen und 60 und 53 Intensivbetten für die Stadt Bremerhaven; landesweit liegt der Kapazitätsbedarf zwischen 228 und 202 Intensivbetten. Die Ergebnisse deuten sowohl mit Blick auf die krankenhausplanerische Ausweisung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten als auch mit Blick auf die Notwendigkeit, die Zahl der betriebsfähigen Intensivbetten zu erhöhen, auf einen entsprechenden Handlungsbedarf hin. Die Notwendigkeit zur Erweiterung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten gilt insbesondere für Bremerhaven.

Tabelle 4: ITS-Kapazitäten, ITS-Belegungstage und ITS-Auslastung 2019

Krankenhaus	ITS-Betten		ITS-Tage	Auslastung 2019		Bettenbedarf nach Auslastung 2019				
	<i>Plan</i>	<i>Betrieb</i>	<i>2019</i>	<i>Plan</i>	<i>Betrieb</i>	80%	85%	90%	95%	100%
AMEOS Klinikum Am Bürgerpark	12	10	5.181	118,3 %	141,9 %	18	17	16	15	14
AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven	14	8	2.763	54,1 %	94,6 %	9	9	8	8	8
Klinikum Bremerhaven-Reinheide	21	21	9.515	124,1 %	124,1 %	33	31	29	27	26
<i>Stadtgebiet Bremerhaven</i>	<i>47</i>	<i>39</i>	<i>17.459</i>	<i>101,8 %</i>	<i>122,6 %</i>	<i>60</i>	<i>56</i>	<i>53</i>	<i>50</i>	<i>48</i>
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	14	14	3.378	66,1 %	66,1 %	12	11	10	10	9
Krankenhaus St. Joseph-Stift	19	19	4.103	59,2 %	59,2 %	14	13	12	12	11
Klinikum Bremen-Mitte	91	73	13.178	39,7 %	49,5 %	45	42	40	38	36
Klinikum Bremen-Nord	35	20	7.963	62,3 %	109,1 %	27	26	24	23	22
Klinikum Bremen-Ost	31	20	6.322	55,9 %	86,6 %	22	20	19	18	17
Klinikum Links der Weser	43	37	9.266	59,0 %	68,6 %	32	30	28	27	25
Rotes Kreuz Krankenhaus	20	20	4.816	66,0 %	66,0 %	16	16	15	14	13
<i>Stadtgebiet Bremen</i>	<i>253</i>	<i>203</i>	<i>49.025</i>	<i>53,1 %</i>	<i>66,2 %</i>	<i>168</i>	<i>158</i>	<i>149</i>	<i>141</i>	<i>134</i>
Insgesamt	300	242	66.483	60,7 %	75,3 %	228	214	202	192	182

ITS-Planbetten: vollstationäre Intensivbetten (sogenannte davon-Betten, Bestandteil der ergänzenden Festsetzungen) gemäß aktuellem Festsetzungsbescheid der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde (mit und ohne Möglichkeit zur maschinellen Beatmung, ohne pädiatrische Intensivbetten, ohne Intermediate Care-Betten).

ITS-Betten in Betrieb: betriebene Intensivbetten mit Stand 02/2020 basierend auf Direktangaben der Kliniken im Land Bremen zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie (mit und ohne Möglichkeit zur maschinellen Beatmung, ohne pädiatrische Intensivbetten, ohne Intermediate Care-Betten).

6. Wie hoch lag der Anteil an invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen im Jahr 2019 durchschnittlich pro Quartal und Krankenhaus?

Tabelle 5 beinhaltet die Anzahl der intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten (18 Jahre und älter) nach Krankenhausstandort und zusätzlich die Anzahl intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten, bei denen maschinelle Beatmungsstunden erfasst wurden. Beatmungsstunden sind nur bei „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten zu kodieren, das heißt bei Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein. Die intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen sind unmittelbar möglich). Der Anteil beatmungspflichtiger Fälle an allen intensivmedizinisch versorgten Behandlungsfällen lag im Jahr 2019 bei circa 20,5 Prozent in den Kliniken auf dem Stadtgebiet Bremerhaven und bei circa 24,0 Prozent in den Kliniken auf dem Stadtgebiet Bremen.

Tabelle 5: Anteil beatmungspflichtiger Fälle an allen ITS-Behandlungsfällen, 2019

Krankenhaus	Intensiv- und beatmungspflichtige Fälle, 2019		
	intensivpflichtig	davon: mit Beatmung	Beatmungsanteil
AMEOS Klinikum Am Bürgerpark	1 603	391	24,4%
AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven	1 388	222	16,0%
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	2 909	595	20,5%
<i>Stadtgebiet Bremerhaven</i>	<i>5 900</i>	<i>1 208</i>	<i>20,5%</i>
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	808	326	40,3%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	1 588	292	18,4%
Klinikum Bremen-Mitte	3 489	790	22,6%
Klinikum Bremen-Nord	2 617	444	17,0%
Klinikum Bremen-Ost	1 484	474	31,9%
Klinikum Links der Weser	3 127	982	31,4%
Rotes Kreuz Krankenhaus	1 650	240	14,5%
<i>Stadtgebiet Bremen</i>	<i>14 763</i>	<i>3 548</i>	<i>24,0%</i>
Land Bremen	20 663	4 756	23,0%

Datengrundlage: landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz

7. Wurden in den Jahren vor der Corona-Pandemie Intensivbetten als Reserve in den Krankenhäusern vorgehalten für mögliche Katastrophenfälle et cetera? Gibt es einen Pandemie-Plan und wenn ja, was sieht dieser vor hinsichtlich der Bereitstellung von Intensivbetten? In welcher Größenordnung insgesamt und pro Krankenhaus?

Das Land Bremen verfügt über einen Infektionsalarmplan und einen Influenzapandemieplan. Im Infektionsalarmplan werden Maßnahmen beim Auftreten von hochansteckenden und lebensbedrohlichen Krankheiten sowie Melde-, Übermittlungs- und Informationswege beschrieben. Auch stehen Informationen zu Schutzkleidung, Patiententransporten und anderen Sachverhalten zur Verfügung. Darüber hinaus verfügt Bremen über einen Influenzapandemieplan. Nach der Bewältigung der Influenzapandemie 2009/2010 (Influenza TypA/H1N1 – Schweinegrippe) wurden Erfahrungen

unter anderem zur Lagebeurteilung, Impfplanung und Kommunikation auf Bundes- und Länderebene gebündelt. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden im Influenzapandemieplan des Landes Bremen berücksichtigt. Weder im Infektionsalarmplan noch im Influenzapandemieplan erfolgt eine Konkretisierung der im Katastrophenfall vorzuhaltenden Intensivkapazitäten je Krankenhaus. Dies gilt auch für die Empfehlungen des Bundes im Rahmen der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP). Ursächlich hierfür ist, dass allgemeingültige Vorgaben schwer umzusetzen sind. Jedes Krankenhaus im Land Bremen verfügt über interne Notfallpläne, in denen notwendige Struktur- und Prozessveränderungen im Katastrophenfall konkretisiert werden.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Vergütung von Krankenhausleistungen seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems leistungsorientiert erfolgt. Die Refinanzierung von Vorhaltungen ist in diesem System nicht vorgesehen beziehungsweise angelegt, sodass es für die Krankenhausträger unwirtschaftlich wäre, dauerhaft spezifische Behandlungskapazitäten für Katastrophenfälle vorzuhalten. Mit Blick auf die bisherigen Pandemieerfahrungen erscheint es deshalb angebracht, sich für eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems auf Bundesebene einzusetzen. Im Zuge der Erstellung des neuen Landeskrankenhausplans ist zwischen den Beteiligten zu entscheiden, wie mit den im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie zusätzlich aufgebauten Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (siehe hierzu Frage 18, Anhang 4) weiter umzugehen ist. Die mit Beginn der neuen Legislaturperiode zu erwartende Reform des Vergütungssystems auf Bundesebene ist hier von großer Bedeutung: Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, inwieweit das prinzipiell leistungsorientierte Vergütungssystem auch die leistungsunabhängige Vorhaltung von zusätzlichem Personal (für Katastrophenfälle) refinanzieren soll.

9. Wie entwickelte sich die Zahl des ärztlich und pflegerisch tätigen Personals auf den Intensivstationen der Krankenhäuser in der Zeit von 2016 bis 2019 insgesamt und pro Krankenhaus? Weisen Sie bitte die durchschnittliche Beschäftigtenzahl pro Jahr und Quartal als Zahl der Mitarbeitenden in Vollzeitäquivalenten aus.

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt. Eine sinnvolle quartalsweise Abgrenzung konnte in der Kürze der Zeit nicht vorgenommen werden. Die IST-Zahlen zu den Vollkräften werden aus diesem Grund im Jahresdurchschnitt dargestellt. Die Abgrenzung erfolgte nicht nach Qualifikation, sondern nach Dienstart (Pflegedienst, Ärztlicher Dienst), jeweils umgerechnet in Vollzeitstellen (Vollkräfte) und nach Maßgabe der in den jeweiligen Feststellungsbescheiden der entsprechenden Jahre zugeordneten Intensivkapazitäten der einzelnen Krankenhausstandorte. Tabelle 6 und Tabelle 7 fassen die Ergebnisse der Befragung für die Stadtgebiete Bremen und Bremerhaven zusammen. Aus den Ergebnissen der Tabellen lassen sich eindeutige Entwicklungstrends nicht ableiten.

Tabelle 6: Entwicklung des Personals im pflegerischen und ärztlichen Dienst, Stadt Bremen

Stadt Bremen	2016	2017	2018	2019
Pflegedienst (in VK)	584,22	593,71	581,78	594,13
Ärztlicher Dienst (in VK)	210,28	223,41	214,13	210,83

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen

Dienst konnte das DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus leider nicht antworten.

Tabelle 7: Entwicklung des Personals im pflegerischen und ärztlichen Dienst, Stadt Bremerhaven

Stadt Bremerhaven	2016	2017	2018	2019
Pflegedienst (in VK)	95,51	95,44	93,71	97,62
Ärztlicher Dienst (in VK)	18,77	18,61	17,03	16,50

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen Dienst konnten das AMEOS Klinikum Am Bürgerpark und das AMEOS Klinikum Mitte leider nicht antworten.

10. Wie hoch war in den Jahren 2016 bis 2019 der Anteil an Leiharbeitskräften in der intensivmedizinischen Versorgung? Bitte unterscheiden Sie hierbei zwischen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräften und weisen die Anteilswerte pro Jahr und Krankenhaus aus.

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt. Die Tabellen 8 und 9 fassen die Ergebnisse der Befragung durch die Bremische Krankenhausgesellschaft für die Stadtgebiete Bremen und Bremerhaven zusammen. Die in Antwort zu Frage 9 aufgeführten Vollkräfte enthalten die nachfolgenden Anteile an Leiharbeiterinnen und Leiharbeitnehmern. Das methodische Vorgehen kann der Antwort zu Frage 9 entnommen werden. Der Anteil an Leiharbeitskräften in der intensivmedizinischen Versorgung ist vergleichsweise gering und unterliegt keinem eindeutigen beziehungsweise allgemeingültigen Entwicklungstrend.

Tabelle 8: Entwicklung des Leiharbeitsanteils im pflegerischen und ärztlichen Dienst, Stadt Bremen

Stadt Bremen	2016	2017	2018	2019
Pflegedienst (in VK)	0,29 Prozent	0,69 Prozent	0,45 Prozent	0,45 Prozent
Ärztlicher Dienst (in VK)	0,19 Prozent	0,88 Prozent	0,05 Prozent	0,25 Prozent

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen Dienst konnte das DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus leider nicht antworten.

Tabelle 9: Entwicklung des Leiharbeitsanteils im pflegerischen und ärztlichen Dienst, Stadt Bremerhaven

Stadt Bremerhaven	2016	2017	2018	2019
Pflegedienst (in VK)	0,26 Prozent	1,31 Prozent	0,37 Prozent	0,21 Prozent
Ärztlicher Dienst (in VK)	-	-	-	-

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten.

11. Stellen Sie die Entwicklung des ärztlichen und pflegerischen Versorgungs- und Personalschlüssels für die Intensivmedizin in den Krankenhäusern des Landes Bremens für die Jahre 2016 bis 2019 dar und weisen Sie diese zahlenmäßig aus. Welche Veränderungen ergaben sich hierzu durch Bundesvorgaben, eigene Landesvorgaben oder klinikinterne Entscheidungen?

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt.

Die Frage ist bereits durch die Antwort zu Frage 9 beantwortet. Dort sind die IST-Zahlen des pflegerischen und ärztlichen Personals in der Abgrenzung des Krankenhausplanes dargestellt. Die Änderungen im Zeitverlauf lassen sich den dort dargestellten Tabellen entnehmen. Einzige Ausnahme bilden die Pflegepersonaluntergrenzen, die in der Intensivmedizinischen Pflege mit Wirkung ab 1. Januar 2019 eingeführt wurden. Im Beobachtungszeitraum ergeben sich darüber hinaus keine wesentlichen Änderungen in Bezug auf die Personalvorhaltung, weder durch Bundesvorgaben noch durch landesrechtliche Regelungen oder klinikinterne Entscheidungen. Landesrechtliche Regelungen zu Personalvorgaben bestehen angesichts der wahrgenommenen Gesetzgebungszuständigkeiten durch den Bund (Pflegepersonaluntergrenzen, PPP-RL) aktuell nicht.

12. Wie hoch lag der Erlösanteil aus der intensivmedizinischen Versorgung am Gesamterlös der Krankenhäuser im Land Bremen in den Jahren 2016 bis 2019? Bitte weisen Sie die durchschnittlichen Anteile pro Jahr und Krankenhaus aus.

Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen hat eine Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG für den abgefragten Beobachtungszeitraum durchgeführt. Dabei wurden die jeweils erbrachten Case-Mix-Punkte der intensivmedizinischen Fallpauschalen (Prä-MDC Gruppe A, entspricht weitgehend Erwachsenenversorgung) mit den insgesamt in den abgefragten Jahren erbrachten Case-Mix Punkten ins Verhältnis gesetzt. Da die Leistungen alle mit den jeweiligen Landesbasisfallwerten einheitlich bewertet werden, bringt eine Unterscheidung nach einzelnen Krankenhausstandorten keinen zusätzlichen Informationsgewinn. In der Kürze der Zeit war eine tiefergehende und differenziertere Analyse nicht möglich.

Nicht ausgewertet wurden in diesem Zusammenhang die in der neonatologischen Versorgung und in der Kinderintensivmedizin erzielten Erlösanteile. Hinzu kommen noch Zusatzentgelte und Zuschläge zu den Fallpauschalen, die für Intensivmedizinische Fälle zur Abrechnung kommen können. Es lag jedoch kein Anhaltspunkt vor, dass bei intensivmedizinischer Behandlung diese zusätzlichen Erlösbestandteile anders strukturiert sein sollten als bei den nicht-intensivmedizinischen Behandlungsfällen. Tabelle 10 fasst die intensivmedizinisch relevanten Erlösanteile für das Land Bremen im Zeitraum 2016 bis 2019 zusammen.

Tabelle 10: Entwicklung des Erlösanteils der intensivmedizinischen Versorgung, Land Bremen

Land Bremen	2016	2017	2018	2019
Anteil Prä-MDC an Gesamterlös	8,82 Prozent	8,58 Prozent	8,33 Prozent	7,64 Prozent

Datengrundlage: Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

In den Jahren 2016 bis 2019 ist ein kontinuierlicher Rückgang der Erlösanteile für Fallpauschalen in der Intensivmedizin zu beobachten. Auf welche Ursachen diese Erlösrückgänge zurückzuführen sind, bedarf einer tiefergehenden Analyse. Da jedes Jahr die der Abrechnung zugrunde liegenden Fallpauschalenkataloge geändert werden, können Leistungsrückgänge genauso ursächlich sein, wie die Abwertung der A-DRG insgesamt oder auch Änderungen an den Eingruppierungsregeln, die insgesamt zu niedrigeren Einstufungen der Patientengruppen führt.

Zur Entwicklung der intensivmedizinischen Versorgung in der Coronapandemie:

13. Welche konkreten Notwendigkeiten ergaben sich in der Corona-Pandemie für Änderungen an der Landeskrankenhausplanung in Bezug auf die Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten in der intensivmedizinischen Versorgung? Stellen Sie alle planerischen und umgesetzten Neuentscheidungen in Verantwortung des Senats gestaffelt nach der „ersten“, „zweiten“ und „dritten Welle“ der Pandemie dar.

Vorbemerkung: Die Frage nach den Handlungsnotwendigkeiten – insbesondere zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie – setzt eine rückblickende Betrachtung der zugrundeliegenden politischen Beschlüsse voraus. Nur im Kontext der politischen Beschlüsse ergibt sich ein schlüssiges Gesamtbild der bislang getätigten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene. Der Ausgangspunkt der Betrachtungen bildet dabei der Bund-Länder-Beschluss vom 12. März 2020:

- Beschluss unter Ziffer II: „Mit dem Ziel, dass sich die Krankenhäuser in Deutschland auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 konzentrieren, sollen, soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in allen Krankenhäusern ab Montag (16. März 2020) auf unbestimmte Zeit verschoben und ausgesetzt werden. Die Bundesregierung stellt durch gesetzliche Maßnahmen zügig sicher, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser seitens der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden und kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt. Im Gegenzug gibt es zusätzlich einen Bonus für jedes Intensivbett, das zusätzlich provisorisch geschaffen und vorgehalten wird.“
- Beschluss unter Ziffer III: „Bund und Länder fordern die Krankenhäuser auf, jetzt den Einsatz der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und weiteren Personals, das notwendig ist, um intensivpflichtige Menschen zu behandeln, so zu planen und zu erhöhen, dass die Durchhaltetfähigkeit der intensiv- und Beatmungsbetten in ihren Kliniken gestärkt wird.“

Die Bund-Länder-Beschlüsse wurden am 13. März 2020 in einem Schreiben von Bundesgesundheitsminister Spahn an die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer Krankenhäuser aufgegriffen und zeitnah entsprechende gesetzliche Änderungen angekündigt. Die Regelungen zu den Ausgleichszahlungen und die Bezuschussung zusätzlich geschaffener Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit stellen die wohl bekanntesten finanziellen Unterstützungsmaßnahmen zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie durch die Krankenhäuser dar, die in der Folge des oben genannten Bund-Länder-Beschlusses und des Schreibens von Bundesgesundheitsminister Spahn entstanden und kontinuierlich weiterentwickelt worden sind. In vielen Ländern, so auch in Bremen, wurden darüber hinaus Landesmittel eingebracht, um die Krankenhäuser bei der Pandemiebewältigung wirtschaftlich zu unterstützen. Im sogenannten Grobkonzept Infrastruktur Krankenhaus, auf das sich der Chef des Bundeskanzleramtes und die Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder am 17. März 2020 verständigt haben, wird zudem die Größenordnung des geforderten Aufbaus intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten deutlich: Das Konzept sieht als Zielgröße eine Verdoppelung der bestehenden Intensivkapazitäten in den Kliniken durch den Aufbau (zusätzlicher) provisorischer Intensivkapazitäten vor.

In der ersten Pandemiewelle lag der Fokus der Pandemiebewältigung – entsprechend der oben skizzierten politischen Beschlüsse – auf einer Erweiterung der bestehenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten. Die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit setzte dabei eine ent-

sprechende Genehmigung der für Krankenhausplanung zuständigen Behörde voraus (§ 21 Absatz 5 KHG), die den Kliniken per Bescheid vom 11. Mai 2020 rückwirkend ab dem 16. März 2020 bis 30. September 2020 erteilt wurde. Infolge der Genehmigung wurden unter anderem durch Gerätelieferungen des Bundes die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten schrittweise erweitert, entweder durch die Schaffung zusätzlicher Betten oder durch die Umwandlung bestehender Betten aus anderen Krankenhausbereichen. Neben der krankenhauplanerischen Genehmigung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten mit maschineller Beatmung hat die senatorische Behörde die Verteilung der vom Bund beschafften Beatmungsgeräte und Patientinnen- und Patientenmonitore koordiniert: In den ersten drei Gerätelieferungen des Bundes wurden in Kooperation mit der Bremischen Krankenhaugesellschaft zunächst die krankenhausspezifischen Bedarfe der Kliniken abgefragt. Im Falle von Mehrfachanmeldungen – insbesondere bei High-End-Beatmungsgeräten – hat die senatorische Behörde über die Zuweisung der im Umfang begrenzten Geräte entschieden. Ziel war es dabei, die vom Bund beschafften und bereitgestellten Geräte gleichmäßig auf die an der COVID-19-Versorgung beteiligten Kliniken zu verteilen, um einen möglichst breiten Einbezug der Kliniken in die unmittelbare Pandemiebewältigung sicherzustellen. Mit der 4. und letzten Tranche konnten alle zuvor angemeldeten Gerätebedarfe der Kliniken gedeckt werden, da zu diesem Zeitpunkt ausreichend und dem jeweiligen Bedarf entsprechende Beatmungsgeräte und Monitore verfügbar waren.

In der zweiten und dritten Pandemiewelle hat die senatorische Behörde die von den Krankenhäusern vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten für die COVID-19-Versorgung per Anordnung festgelegt. Ziel war es, die Krankenhäuser gleichmäßig an der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie zu beteiligen und damit einhergehende Belastungen gerecht zu verteilen. Als Ermächtigungsgrundlage diente die jeweils gültige Fassung der Coronaverordnung. Ein Bezug zur Krankenhausplanung ergibt sich, weil durch die Vorhaltung von COVID-19-spezifischen Behandlungskapazitäten andere Krankenhausbereiche in ihrem Betrieb – und damit die zugrundeliegenden Versorgungsaufträge – eingeschränkt wurden. Vorschläge für die Höhe der vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten wurden im Rahmen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zur Bewertung der Lage in den Krankenhäusern erarbeitet und dem Landeskrisenstab zur Empfehlung vorgelegt; die weiterhin bestehende Arbeitsgruppe umfasst Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Intensiv- und Notfallmedizin, des Gesundheitsamtes Bremen, des Rettungsdienstes, des Krisenstabes Bremerhaven, der Kostenträger, der Bremischen Krankenhaugesellschaft und der senatorischen Behörde. Vor dem Hintergrund der günstigen Entwicklung des Infektionsgeschehens und dem Auslaufen der Ausgleichszahlungen aus Bundes- und Landesmitteln zum 15. Juni 2021 und 30. Juni 2021 wurden die Anordnungen aufgehoben.

Im Nachgang zur dritten Pandemiewelle richten sich die Bemühungen der senatorischen Behörde und der an der Krankenhausversorgung beteiligten Akteure gegenwärtig darauf, die während der Pandemie gemachten Erfahrungen im Rahmen der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung zu berücksichtigen. Hierbei ist unter anderem vorgesehen, die krankenhauplanerische Ausweisung von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu überprüfen und neu zu ordnen. Dies umfasst unter anderem eine separate und explizite Ausweisung der Planungseinheit Intensivmedizin und die Klärung der Frage in den Strukturgesprächen, inwiefern und in welchem Umfang die zusätzlich – primär aber provisorisch – geschaffenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in die krankenhauplanerischen Festsetzungsbescheide überführt und damit fester Bestandteil der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge werden (können). Hierzu müssen die Krankenhaus- und Kostenträger sogenannte

Vereinbarungsvorschläge zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge erarbeiten und der zuständigen senatorischen Behörde zur weiteren Prüfung vorlegen. Darüber hinaus wirkt die senatorische Behörde auf eine finanzielle Förderung von Maßnahmen zur Stärkung der Pandemiefähigkeit beziehungsweise Pandemieresilienz der Kliniken im Land Bremen hin.

14. Welche Definition liegt den täglichen Meldungen der Krankenhäuser über „betreibbare“ Intensivbetten zugrunde? Unterscheidet sich diese Begrifflichkeit von der der „verfügbaren“ Intensivbetten vor der Corona-Pandemie? Wenn ja, inwiefern insbesondere im Hinblick auf die Kriterien von Personalverfügbarkeit und Ausstattung der Betten mit medizinischen Geräten?

Siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 2. Maßgeblich für die Definition eines betreibbaren Intensivbettes ist die Definition des DIVI-Intensivregisters: „Ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz gilt als betreibbar/betriebsfähig in einer bestimmten Versorgungsstufe (Low-care, High-care, ECMO), wenn entsprechend der Versorgungsstufe jeweils ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und Material pro Bettenplatz, Betten und personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden sind und eingesetzt werden können.“ Aufgrund der zahlreichen betriebsrelevanten Faktoren kann sich die Anzahl von aktuell betreibbaren Intensivbetten kontinuierlich – auch im Tagesverlauf – verändern. Die Definition des DIVI-Intensivregisters beinhaltet darüber hinaus eine Systematik zur Differenzierung von Intensivbetten nach unterschiedlichen Versorgungsstufen (inklusive der dazugehörigen apparativen Ausstattung): Low-Care-Behandlungsplatz (einfache Versorgungsstufe), High-Care-Behandlungsplatz (hohe Versorgungsstufe) und ECMO-Behandlungsplatz (höchste Versorgungsstufe).

Eine explizite Definition von betreibbaren beziehungsweise verfügbaren Krankenhausbetten hat vor der SARS-CoV-2-Pandemie nicht bestanden, die Definition entspricht jedoch im Wesentlichen den von den Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen nach einer dauerhaft gesicherten und bedarfsgerechten Vorhaltung ihrer Versorgungsangebote (§ 6 Absatz 2 Nummer 1 BremKrhG) sowie einer durchgängigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung (§ 6 Absatz 2 Nummer 2 BremKrhG). Auf Basis dieser Voraussetzungen ist die Verfügbarkeit und die Betriebsbereitschaft der per Festsetzungsbescheid zugewiesenen Krankenhausbetten durch die jeweiligen Krankenhausträger sicherzustellen (siehe hierzu auch Ausführungen unter Frage 2). Inwiefern die skizzierte Systematik zur Differenzierung von Intensivbetten unterschiedlicher Versorgungsstufen bei der erstmalig expliziten Ausweisung der Intensivmedizin konkret Anwendung findet, ist zwischen den unmittelbar Beteiligten im Rahmen der Krankenhausplanung zu klären.

15. Wie erklärt der Senat den deutlichen Rückgang der Zahl betreibbarer Intensivbetten von etwa 350 auf unter 200 im Land Bremen während der Corona-Pandemie? Welchen Einfluss darauf hatten bundesgesetzliche Neuregelungen zum Ende des Jahres 2020?

In den Zeitreihendaten des DIVI-Intensivregisters lässt sich ein signifikanter Anstieg in der Zahl an betreibbaren Intensivbetten in der dargestellten Größenordnung im Zeitraum vom 22. Juli bis 3. August 2020 nachweisen (siehe Anhang 2). Dieser Anstieg ist auf eine Veränderung in der Datenabfrage durch das DIVI-Intensivregister zurückzuführen (siehe hierzu auch die Erläuterungen des DIVI-Intensivregisters unter den häufig gestellten Fragen, FAQ). Die Veränderung in der Datenabfrage hatte zum Ziel, die verfügbaren Intensivbettenkapazitäten differenzierter einschätzen zu können. Hierzu gehörte insbesondere die neue Abfrage einer innerhalb von sieben Tagen aktivierbaren Notfallreserve von Intensivbehandlungsplätzen. Das DIVI-Intensivregister geht davon aus, dass unter

anderem zuvor neu geschaffene Kapazitäten, die als Reserve vorgehalten wurden, unter den aktuell betreibbaren Behandlungskapazitäten angegeben wurden, um deren Existenz kenntlich zu machen. Die tagesaktuell tatsächlich betreibbaren Intensivbetten (mit entsprechendem Personal et cetera) wurden in dem oben genannten Zeitraum (22. Juli bis 3. August 2020) demzufolge überschätzt. In den Zeitreihendaten des DIVI-Intensivregisters wird die 7-Tage-Notfallreserve erstmals am 4. August 2020 ausgewiesen; ab diesem Zeitpunkt normalisieren sich die Angaben zu den frei verfügbaren Intensivbetten wieder und bewegen sich in etwa auf dem Niveau vor der Einführung der veränderten Datenabfrage. Die Zeitreihendaten des DIVI-Intensivregisters legen nahe, dass ein Teil der zuvor gemeldeten freien betreibbaren Kapazitäten nun korrekt als intensivmedizinische Reservekapazität gemeldet wird. Derartige Anpassungsprozesse in der Dateneingabe sind typisch für die schnelle Implementierung vollumfänglicher Datengrundlagen. Das beobachtete Absinken der Zahl betreibbarer Intensivbetten ist damit nicht auf eine tatsächliche Verringerung der betreibbaren Intensivbetten, sondern auf eine veränderte Dateneingabe zurückzuführen.

16. Wie erklärt der Senat eine nunmehr relativ stabile Auslastung von Intensivbetten um den Anteil von 90 Prozent und dies unabhängig von der Belegung mit an COVID-19-Erkrankten? Welche Art von Anpassung zwischen betreibbaren und belegten beziehungsweise freien Intensivbetten erfolgte hier?

Die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten der Kliniken im Land Bremen zeichnen sich durch eine konstant hohe Inanspruchnahme aus. Hierzu trägt auch die Übernahme von oberzentralen Versorgungsaufgaben bei, die sich in einem hohen Anteil an auswärtigen Patientinnen und Patienten sowie Behandlungsfällen mit einer überdurchschnittlichen Fallschwere niederschlägt. Im Zeitraum 24. April 2020 bis 15. Juli 2021 liegt der Anteil der belegten Intensivbetten in den Kliniken des Landes Bremen bei durchschnittlich 79,7 Prozent. Im Vergleich hierzu liegen die entsprechenden Anteile in Berlin bei 84,0 Prozent und in Hamburg bei 77,0 Prozent. In den Stadtstaaten insgesamt beträgt die durchschnittliche Belegung der Intensivbetten circa 81,1 Prozent und in den Flächenländern circa 76,7 Prozent. Ursächlich für den insgesamt erhöhten Anteil belegter Intensivbetten in den Stadtstaaten dürfte in der Übernahme oberzentraler Versorgungsaufgaben für die angrenzenden Landkreise liegen.

Anhang 3 verdeutlicht die Entwicklung des Anteils der belegten Intensivbetten im Zeitverlauf. Berücksichtigt werden hierbei ausschließlich die Belegungsanteile für Erwachsene; die korrespondierenden Anteile für Erwachsene und Kinder weisen einen vergleichbaren Verlauf auf, der Anteil belegter Intensivbetten fällt jedoch insgesamt niedriger aus. Erkennbar ist, dass in den Stadtstaaten der Anteil belegter Intensivbetten insgesamt höher ausfällt als in den Flächenländern. Das Niveau der belegten Intensivbetten in den Kliniken des Landes Bremen liegt mit Beginn der zweiten Pandemiewelle in der Regel oberhalb des Belegungsniveaus in den Stadtstaaten, die Niveauunterschiede sind jedoch insgesamt nicht erheblich (siehe Anhang 3).

Eine Anpassung im Sinne einer Angleichung zwischen betreibbaren, belegten oder freien Intensivbetten hat gemäß den obigen Ausführungen nicht stattgefunden. Auch die COVID-19-Belegungen sind hiervon unabhängig zu sehen: In Abhängigkeit des COVID-19-spezifischen Belegungsdruck erfolgen klinikinterne Anpassungen zugunsten oder zulasten der Nicht-COVID-19-Versorgung – während der Anteil von intensivpflichtigen COVID-19- und Nicht-COVID-19-Fällen variiert, bleibt die Auslastung insbesondere aufgrund der oberzentralen Versorgungsaufgaben konstant hoch. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang erneut, dass Vorhaltungen im leistungsorientierten DRG-Fallpauschalensystem nicht ausreichend refinanziert werden.

17. Wie definiert und bewertet der Senat die seit August 2020 gemeldete „Notfallreserve“ in Höhe von derzeit etwa 120 Intensivbetten? Sind diese Betten tatsächlich in vollem Umfang mit gesichertem Personaleinsatz innerhalb von sieben Tagen aktivierbar?

Das DIVI-Intensivregister definiert die Notfallreserve wie folgt: Die Reservekapazität soll im Falle eines Notfallszenarios zum Einsatz kommen. Dieses Szenario tritt ein, wenn mehr Patientinnen und Patienten eine intensivmedizinische Betreuung brauchen als regulär betreibbare Betten auf den Intensivstationen vorhanden sind und wenn sich standortbezogen oder überregional eine Überbelastung der aktuell betriebenen Intensivkapazitäten abzeichnet. Zur Aktivierung von Kapazitäten der Notfallreserve ist eine Umgestaltung des regulären Krankenhausbetriebs notwendig. Folgende Maßnahmen müssten unter anderem ergriffen werden: Bereiche, die regulär keine akute intensivmedizinische Versorgung tätigen, werden umgewandelt; Personal wird aus anderen Versorgungsbereichen abgezogen, um im Intensivbereich eingesetzt werden zu können; planbare Aufnahmen sowie Operationen und Eingriffe werden verschoben. Ein Einsatz der Notfallreservekapazität bedeutet eine weitere, noch stärkere Einschränkung des regulären Krankenhausbetriebs und der regulären Versorgung von Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Unter den beschriebenen Voraussetzungen ist anzunehmen, dass die täglich gemeldete Notfallreserve in vollem Umfang und mit einem gesicherten Personaleinsatz innerhalb von sieben Tagen durch die Kliniken aktivierbar ist. Die Kliniken im Land Bremen haben insbesondere während der zweiten und dritten Pandemiewelle mehrfach erfolgreich unter Beweis gestellt, dass flexibel und schnell auf veränderte Belegungsbedarfe reagiert werden kann.

18. In welcher Höhe erhielten die Krankenhäuser im Land Bremen bis dato Ausgleichszahlungen beziehungsweise Prämien für die Einrichtung wie vieler zusätzlicher Intensivbetten sowie für das Freihalten von wie vielen vorhandenen Intensivbetten? Bitte schlüsseln Sie hier nach Landes- und Bundesgeldern sowie nach Krankenhäusern auf.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind im Kontext der Vorbemerkung zu Frage 13 zu sehen. Anhang 4 fasst die Anzahl der zu Pandemiebeginn vorhandenen, der zusätzlichen Intensivkapazitäten sowie die Höhe der bewilligten und ausgezahlten Zuschüsse aus Bundes- und Landesmitteln zusammen. Die Höhe der Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser im Land Bremen aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 wird aus der Antwort zu Frage 19 ersichtlich (siehe Anhang 5 und Anhang 6).

19. In welcher Höhe wurden bundesseitig und landesseitig Ausgleichszahlungen beziehungsweise Prämien aller Art im gesamten Zeitraum der Coronapandemie bis dato an die Krankenhäuser im Land Bremen ausgezahlt? Bitte schlüsseln Sie die Beträge nach Bundes- und Landesmitteln, nach Monat der Auszahlung und pro Krankenhaus auf.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind im Kontext der Vorbemerkung zu Frage 13 zu sehen. Bundesausgleichszahlungen wurden in den Zeiträumen vom 16. März 2020 bis 30. September 2020 sowie vom 18. November 2020 bis 15. Juni 2021 gewährt. Die in den Anhängen 5 und 6 enthaltenen Daten beinhalten sämtliche Ansprüche dieser Zeiträume. Landesausgleichszahlungen wurden im Zeitraum vom 18. November 2020 bis 30. Juni 2021 gewährt. Die Differenz der entstandenen Ansprüche zu den bisher geleisteten Auszahlungen liegt in formalen Ursachen, wie unvollständigen Antragsunterlagen, fehlenden Mittelabrufen für die Intensivkapazitäten sowie fehlenden Rechtsbehelfsverzichten, begründet (Stand: 28. Juni 2020).

Insgesamt erhielten die Krankenhäuser im Land Bremen in den oben genannten Zeiträumen circa 156,2 Millionen Euro aus Bundesmitteln und

circa 18,6 Millionen Euro aus Landesmitteln aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2. Die Ausgleichszahlungen hatten primär die Funktion, die Liquidität und damit die Funktionsfähigkeit der Kliniken in Zeiten erhöhter pandemiespezifischer Belastungen sicherzustellen. Insbesondere die verstärkte Vorhaltung von Behandlungskapazitäten für die COVID-19-Versorgung hat bundesweit zu einer veränderten und in der Regel verminderten Erlössituation der Kliniken beigetragen (siehe hierzu die pandemiebedingten Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in der Antwort zu Frage 28).

20. Wie erklärt der Senat die im Bundesvergleich überaus hohen Anteile bei Beatmungen von COVID-19-Fällen auf Intensivstationen im Land Bremen? Warum wurden hier dauerhaft mehr als zwei Drittel der an COVID-19-Erkrankten intensivmedizinisch mittels künstlicher Beatmung behandelt, auffällig deutlich mehr als in vielen anderen Bundesländern?

Die Kliniken im Land Bremen nehmen oberzentrale Aufgaben in der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen wahr – unabhängig von Landesgrenzen. Der Anteil von Patientinnen und Patienten aus Niedersachsen ist in den Kliniken des Landes Bremen hoch bis sehr hoch (siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 1f). Dies ist auf die im Vergleich zum Flächenland Niedersachsen gut ausgebaute Krankenhausinfrastruktur im Land Bremen zurückzuführen. Demgegenüber steht eine Krankenhausinfrastruktur in den angrenzenden niedersächsischen Landkreisen, die – mit Ausnahme größerer Kliniken in Ballungsgebieten und Kreisfreien Städten – in der Regel Leistungen der Grund- und Regelversorgung umfasst und primär die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherstellen soll.

Dies führt dazu, dass insbesondere schwer erkrankte Patientinnen und Patienten aus den angrenzenden niedersächsischen Landkreisen in den Kliniken des Landes Bremen versorgt werden. In den Kliniken der Grund- und Regelversorgung fehlen zumeist das Personal und die Ressourcen zur Behandlung von komplexen intensivmedizinischen Fällen. Dieser Umstand war bereits vor der SARS-CoV-2-Pandemie zu beobachten und hat sich im Pandemieverlauf fortgesetzt; in den Kliniken auf dem Stadtgebiet Bremerhaven hat sich der Anteil an auswärtigen Behandlungsfällen in 2020 gegenüber dem Vorjahr sogar erhöht (siehe hierzu Antwort zu Frage 36). Ein weiterer Grund ist, dass kleinere Kliniken nicht unbedingt eine separate Intermediate Care-Station haben, und deshalb nicht beatmungs- aber dennoch überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen unterbringen müssen. Hierdurch kommt es in der Folge ebenfalls zu einem Absinken der Quote an beatmungspflichtigen Fällen.

Infolge der Übernahme von schwer an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten aus den angrenzenden niedersächsischen Landkreisen ist der Anteil der beatmungspflichtigen COVID-19-Fälle im Land Bremen mit 65,4 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt (57,7 Prozent). Dies gilt ebenso für die Stadtstaaten Berlin (68,7 Prozent) und Hamburg (66,0 Prozent), welche ebenfalls oberzentrale Aufgaben in der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen wahrnehmen. Der erhöhte Anteil an beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 ist damit in erster Linie auf eine überdurchschnittlich starke Konzentration von schwer erkrankten Fällen in großen Kliniken zurückzuführen, die insbesondere für die gut ausgebauten Krankenhausinfrastrukturen in den Stadtstaaten typisch sind. Ein auffällig hoher Anteil an beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 kann nicht festgestellt werden.

21. Wie erklärt der Senat die ebenfalls sehr auffällige Abweichung der für das Land Bremen dauerhaft gemessenen Minimalzahl freier Intensivbetten pro Standort gegenüber anderen Bundesländern? Anders gefragt: Warum

stimmen im Land Bremen dauerhaft die Anzahl betreibbarer und die Anzahl belegter Intensivbetten nahezu überein – auch hier in deutlicher Abweichung von den Auslastungsverhältnissen in anderen Bundesländern?

Der geringe Anteil an freien Intensivbetten im Land Bremen kann insbesondere durch eine hohe Inanspruchnahme der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten erklärt werden, die insbesondere für die Stadtstaaten kennzeichnend ist. Durch die Übernahme von oberzentralen Versorgungsaufgaben ergibt sich ein überdurchschnittlich hoher Belegungsgrad. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass Personalabgänge und krankheitsbedingte Fehlzeiten (teilweise aufgrund von Langzeiterkrankungen), welche im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie eher zu- als abgenommen haben, den Anteil der betreibbaren und damit freien Intensivbetten beeinflussen können. Selbiges gilt für das Wiedereinsetzen der Pflegepersonaluntergrenzen zu Beginn des Jahres 2021 sowie die eingeschränkte Verfügbarkeit von Fachpersonal insgesamt; die Verfügbarkeit von Räumen und apparativer Ausstattung ist hingegen – auch dank der bislang erfolgten Fördermaßnahmen – aktuell als unproblematisch zu bezeichnen. Abschließend ist erneut darauf hinzuweisen, dass das DRG-Fallpauschalensystem konkret erbrachte Leistungen honoriert, jedoch keine Vorhaltungen. Insgesamt ergibt sich damit ein Handlungsbedarf primär im Bereich der Fachkräftegewinnung und -haltung (einschließlich Ausbildung), um notwendige Anpassungen bei den intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten durchführen beziehungsweise umsetzen zu können. Entsprechende Maßnahmen können durch eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems – mit dem Ziel einer besseren Refinanzierung von Vorhaltekosten – wirksam unterstützt werden.

Die Zeitreihendaten des DIVI-Intensivregisters bestätigen den geringeren Anteil an freien Intensivbetten in den Stadtstaaten (Erwachsene: 18,9 Prozent; Erwachsene und Kinder: 20,3 Prozent) gegenüber den Flächenländern (Erwachsene: 23,3 Prozent; Erwachsene und Kinder: 24,4 Prozent) und dem Bundesdurchschnitt (Erwachsene: 22,9 Prozent; Erwachsene und Kinder: 24,1 Prozent). Mit Blick auf die Stadtstaaten weist Bremen (Erwachsene: 20,3 Prozent; Erwachsene und Kinder: 22,6 Prozent) nach Berlin (Erwachsene: 16,0 Prozent; Erwachsene und Kinder: 16,7 Prozent) und vor Hamburg (Erwachsene: 23,0 Prozent; Erwachsene und Kinder: 25,5 Prozent) den zweitniedrigsten Anteil an freien Intensivbetten auf. Die Flächenländer Hessen und Nordrhein-Westfalen weisen vergleichbar niedrige Anteile freier Intensivbetten auf. Ein auffällig niedriger Anteil an freien Intensivbetten im Land Bremen kann nicht festgestellt werden.

22. Wie erklärt der Senat, dass der starke Anstieg von intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fällen im Winter 2020/2021 bis heute unabhängig von „Wellenbewegungen“ durchweg relativ stabil in der Anzahl dieser Fälle blieb?

Im Winter 2020/2021 ist die Zahl der intensivpflichtigen COVID-19-Patientinnen und -Patienten im Land Bremen trotz zwischenzeitlich sinkender Inzidenzwerte vergleichsweise stabil geblieben. Hierbei handelt es sich um eine Entwicklung, die verschiedene Ursachen haben kann. Zunächst ist zu berücksichtigen, dass die Liegezeiten von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 – insbesondere bei maschineller Beatmung – überdurchschnittlich lang sind. Dies kann dazu führen, dass die Belegung trotz sinkender Inzidenzwerte erst mit deutlicher Zeitverzögerung abnimmt. Eine andere Ursache kann in der Übernahme von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 aus Niedersachsen bestehen. Die Übernahme dieser Patientinnen und Patienten erfolgt unabhängig von der Inzidenzentwicklung im Land Bremen und kann dazu führen, dass sich Inzidenzwert und COVID-19-Belegung in den Kliniken des Landes Bremen zunehmend voneinander abkoppeln. Abschließend ist anzumerken, dass Bremen als kleinstes Bundesland stärker von Niveau-

schwankungen betroffen ist als beispielsweise Flächenländer. Insbesondere die Übernahme von Behandlungsfällen aus Niedersachsen dürfte – gerade weil sie unabhängig von der Inzidenzentwicklung im Land Bremen erfolgt ist – zu einem stabilen COVID-19-spezifischen Belegungsniveau in den Kliniken beigetragen haben.

23. Wie erklärt der Senat die seit Mai 2021 stark rückläufigen Belegungen von Normalbetten mit COVID-19-Fällen bei gleichzeitig stabiler Anzahl der auf den Intensivstationen behandelten COVID-19-Fällen? Worauf ist der überdurchschnittlich hohe Anteil an intensivmedizinischen Behandlungen zurückzuführen?

Ein Rückgang der COVID-19-spezifischen Belegungen erfolgt für gewöhnlich zuerst im Normalbettenbereich. Speziell in der dritten Pandemie-welle hat sich jedoch häufiger gezeigt, dass stationär behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten mit COVID-19 nach erfolgter Krankenhausaufnahme unmittelbar intensivpflichtig geworden sind. Dieser Umstand kann unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass (tendenziell jüngere) Betroffene das Krankenhaus erst spät aufsuchen, da die individuellen Krankheitssymptome subjektiv in vielen Fällen als nicht gravierend wahrgenommen werden, gleichwohl die Lunge medizinisch betrachtet schon stark geschädigt ist. Hierdurch ergibt sich eine stärkere Konzentration von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 in den intensivmedizinischen Versorgungsbereichen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Liegezeiten von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 – insbesondere bei maschineller Beatmung – überdurchschnittlich lang sind. Der Rückgang der COVID-19-spezifischen Belegungen im Normalbettenbereich ab Mai 2021 ist in erster Linie auf die günstige Inzidenzentwicklung (unter anderem infolge zunehmender Impffortschritte) zurückzuführen. Insbesondere aufgrund der langen Liegezeiten von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 bleiben die Belegungen im Intensivbettenbereich aber noch längere Zeit stabil, bevor auch hier zeitverzögert eine rückläufige Entwicklung einsetzen wird. Im Ergebnis steht eine zunehmende Konzentration der COVID-19-spezifischen Versorgung im Intensivbettenbereich und ein dadurch bedingter überdurchschnittlich hoher Anteil an intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 (im Vergleich zu den Normalbettenbereichen).

24. Wie bewertet der Senat das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patientinnen und Patienten? Vergleichen Sie bitte dieses Verhältnis bei COVID-19-Erkrankungen mit dem entsprechenden Verhältnis bei anderen Krankheitsbildern.

Ein Vergleich von COVID-19 mit anderen Krankheitsbildern ist zwar möglich, aber schwierig. SARS-CoV-2 ist ein neues Beta-Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser von COVID-19 identifiziert wurde. Der Krankheitsverlauf einer SARS-CoV-2-Infektion variiert stark in Symptomatik und Schwere, es können symptomlose Infektionen bis hin zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod auftreten. Hierin besteht eine Übereinstimmung mit dem Influenzavirus, welches ebenfalls Erkrankungen der Atemwege verursacht und in Symptomatik und Krankheitsschwere erheblich variieren kann. Eine Besonderheit von SARS-CoV-2 besteht in der sehr hohen Infektiosität und darauf aufbauend einem überdurchschnittlich hohen Aufwand, betroffene Patientinnen und Patienten zu isolieren. Durch die notwendigen Schutzmaßnahmen (Schutzbekleidung, Isolierung, Testung) ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion aufwendiger als bei Nicht-COVID-Patienten mit ähnlich schweren Krankheitsverläufen. Ein Vergleich mit anderen Viruserkrankungen in Bezug auf Hospitalisierungen und der Notwendigkeit intensivmedizinischer Behandlungserfordernisse ist auch deshalb schwierig, weil SARS-CoV-2 ein neues Virus darstellt, für das keine Bevölkerungs-

rungsimmunität besteht. Die Ergebnisse einer Reihe von Studien impliziert, dass der Anteil an Patientinnen und Patienten mit schweren oder kritischen Krankheitsverläufen infolge einer SARS-CoV-2-Infektion insgesamt höher ist als bei Infektionen mit dem Influenzavirus. Gleiches gilt für die Sterblichkeit infolge einer SARS-CoV-2-Infektion. Zwei Studien aus Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass der Anteil an Patientinnen und Patienten, die während eines Krankenhausaufenthaltes intensivmedizinisch versorgt werden mussten, im Falle einer COVID-19-Infektion höher liegt als bei Patientinnen und Patienten mit Influenza. Einschränkend ist hinzuzufügen, dass der Beobachtungszeitraum der Studien auf die erste Pandemiewelle begrenzt ist. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um die skizzierten Ergebnisse zu verifizieren und die verfügbare Evidenz zu erweitern.

25. Warum lagen nach Auffassung des Senats in den ersten Monaten der Pandemie die Anteile der gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle an der Zahl der insgesamt belegten Intensivbetten weit unter denen der seit Oktober 2020 gemessenen Anteile? Wie ist das mit der Behauptung einer höheren Betroffenheit vulnerabler und hochaltriger Menschen in den ersten beiden „Pandemiewellen“ vereinbar?

In der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 lag die Zahl der stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 deutlich niedriger als in der zweiten und dritten Pandemiewelle. Ursächlich hierfür war das weniger dynamisch ausgeprägte SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen während der ersten Pandemiewelle. Infolge der höheren Zahl an stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 haben die Kliniken im Land Bremen verstärkt entsprechende Behandlungskapazitäten vorgehalten, indem andere Krankenhausbereiche in ihrem Funktionsumfang eingeschränkt wurden. Die steigende Zahl an intensivpflichtigen COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Kombination mit den daraus resultierenden Einschränkungen des regulären Krankenhausbetriebes während der zweiten und dritten Pandemiewelle hat dazu geführt, dass der Anteil der intensivpflichtigen COVID-19-Fällen an allen Intensivfällen höher lag als in der ersten Pandemiewelle. Anhang 7 stellt den Anteil der intensivpflichtigen COVID-19-Fälle an allen Intensivfällen der Anzahl der intensivpflichtigen COVID-19-Fälle gegenüber. Die Abbildung bestätigt den Zusammenhang zwischen einem steigendem COVID-19-spezifischen Belegungsdruck und dem Anteil der intensivpflichtigen COVID-19-Fälle an allen intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten in den Kliniken.

In den ersten beiden Pandemiewellen ist von einer höheren Vulnerabilität spezifischer Bevölkerungsgruppen auszugehen. Dies lässt sich insbesondere mit der fehlenden Verfügbarkeit von Impfstoffen begründen, die erst zum Jahreswechsel 2020/2021 verfügbar waren. Der höhere Anteil von intensivpflichtigen COVID-19-Fällen an allen Intensivfällen ist in erster Linie auf ein sehr viel dynamischeres Infektionsgeschehen in der zweiten und dritten Pandemiewelle sowie entsprechend stärkere Anpassungsreaktionen in den Kliniken des Landes Bremen zurückzuführen: Je höher der COVID-19-spezifische Belegungsdruck ist und je stärker der Regelbetrieb der Kliniken in der Folge eingeschränkt wird, desto höher ist der Stellenwert von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 am Behandlungsaufkommen insgesamt.

26. Seit wann wird in den Krankenhäusern des Landes Bremens das Lebensalter der an oder mit COVID-19-Erkrankten und stationär behandelten Personen erfasst? Sofern entsprechende Daten vorliegen, teilen Sie bitte mit, wie sich die Altersverteilung der in Normalbetten behandelten Fälle und der in Intensivbetten behandelten Fälle seit Beginn der Pandemie monatlich entwickelt haben.

In den Krankenhäusern des Landes Bremen wird das Alter aller Behandlungsfälle routinemäßig erfasst. Die monatliche Entwicklung des durchschnittlichen Alters der stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion kann Anhang 8 entnommen werden. Die Ergebnisse basieren auf den landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für das Jahr 2020. Anhang 9 fasst zusätzlich wöchentlich die bundesweite Entwicklung des Durchschnittsalters verschiedener Personengruppen mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion zusammen (Datengrundlage: Robert Koch-Institut, Stand: 13. Juli 2021). Es ist anzunehmen, dass die Altersverteilung der in den Kliniken des Landes Bremen versorgten Patientinnen und Patienten mit COVID-19 hiervon nicht wesentlich abweicht. Diese Annahme legen die Ergebnisse zum Durchschnittsalter für das Jahr 2020 nahe: Das mittlere Alter aller hospitalisierten COVID-19-Fälle mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion lag im Jahr 2020 bei 59,5 Jahren in Bremen und bei 60,9 Jahren im Bundesdurchschnitt; für intensivpflichtige COVID-19-Fälle mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion lagen die korrespondierenden Werte bei 65,4 Jahren in Bremen und bei 66,0 Jahren im Bundesdurchschnitt. Für COVID-19-Fälle mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion, jedoch ohne intensivmedizinische Versorgung, lag das Durchschnittsalter im Jahr 2020 bei 57,8 Jahren in Bremen (entsprechende Vergleichswerte für den Bundesdurchschnitt sind nicht verfügbar). Anzumerken ist, dass die Werte aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahlen im Land Bremen stärker schwanken können als beispielsweise in Flächenländern oder dem Bundesdurchschnitt.

27. Wie viele Menschen sind im Land Bremen an und wie viele Menschen mit Corona in den Krankenhäusern verstorben? Wie viele der an oder mit Corona Verstorbenen wurden im Land Bremen obduziert?

Die vorläufigen Ergebnisse der Todesursachenstatistik geben einen Einblick in die Sterblichkeit nach Todesursachen während der SARS-CoV-2-Pandemie. Gemäß den vorläufigen Ergebnissen starben seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie bis Ende Januar 2021 insgesamt 234 Personen an COVID-19, das heißt COVID-19 war das sogenannte Grundleiden. Dies entspricht circa 2,7 Prozent aller Verstorbenen (Todesfälle insgesamt: 8 748) im Land Bremen (vergleiche Statistisches Landesamt Bremen, Gestorbene im Land Bremen nach ausgewählten Todesursachen sowie Berichtsmonaten, vorläufige Ergebnisse, Stand: 29. Juni 2021). Nach den Angaben des Robert Koch-Instituts wurden zum 31. Januar 2021 insgesamt 268 Todesfälle von Personen mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion registriert. Das bedeutet, dass im Land Bremen COVID-19 in circa 87 Prozent der Todesfälle das sogenannte Grundleiden dargestellt hat und für den Tod ursächlich war. Bundesweit liegt dieser Anteil gemäß den vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes bei circa 83 Prozent (vergleiche Statistisches Bundesamt, Erste vorläufige Ergebnisse der Todesursachenstatistik für 2020 mit Daten zu COVID-19 und Suiziden, Pressemitteilung Nummer 327 vom 08. Juli 2021). Bei Personen, die mit COVID-19 gestorben sind, war COVID-19 nicht das sogenannte Grundleiden. Unter Grundleiden versteht man a) die Krankheit oder Verletzung, die die Kausalkette der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder b) die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten.

28. Wie viele elektive Eingriffe wurden insgesamt und pro Krankenhaus im Land Bremen während der Corona-Pandemie seit März 2020 verschoben? Um welche Arten von Eingriffen handelt es sich dabei jeweils prozentual?

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 zeigen, dass die Behandlungsfälle in den Kliniken des Landes Bremen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 um circa

12 Prozent zurückgegangen sind. Demgegenüber steht ein Anstieg der intensivmedizinischen Behandlungstage gegenüber 2019 um circa 21 Prozent und eine um 17,3 Prozent höhere Bettenauslastung auf den Intensivstationen. Bundesweite Analysen – auf deren Basis zumindest näherungsweise auf die Situation im Land Bremen geschlossen werden kann – belegen einen Rückgang nichtplanbarer Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt (-7 Prozent gegenüber dem Vorjahr), der Hauptdiagnose Schlaganfall (-4 Prozent gegenüber dem Vorjahr) und der Hauptdiagnose Transitorische Ischämische Attacke (-11 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Die Zahl der Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Hüftgelenknahe Femurfraktur blieb im Jahr 2020 hingegen stabil (-1 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Bei planbaren Operationen bei bösartigen Neubildungen konnte ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -5 Prozent festgestellt werden, typisch planbare Operationen (Hüft- und Kniegelenkersatz, Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinleiden, Herniotomie ohne Darmoperation) nahmen um -12 Prozent gegenüber dem Vorjahr ab, ambulant-sensitive Behandlungen um -18 Prozent (vergleiche RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Technische Universität Berlin (2021) Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Essen). Eine spezifische Analyse für das Land Bremen war in der Kürze der Zeit nicht möglich. Die hierfür grundsätzlich nutzbaren landesbezogenen Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) liegen erst seit Anfang Juli 2021 vor.

29. Wie stellt sich seit März 2020 bis dato die Personalentwicklung insgesamt in den Krankenhäusern des Landes Bremens dar, wie viele Ärztinnen und Ärzte und wie viele Pflegekräfte wurden pro Klinik in den vergangenen Monaten eingestellt und/oder freigesetzt? Bitte schlüsseln Sie die Personalveränderungen nach Profession und Monat pro Krankenhaus auf.

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt. Die Bremische Krankenhausgesellschaft hat die Veränderung in der Anzahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst zum Stichtag 31. Mai 2021 gegenüber dem Stand 31. März 2020 unter den Mitgliedshäusern abgefragt. Es haben alle Krankenhäuser geantwortet. Tabelle 11 fasst die Ergebnisse der Befragung zusammen.

Tabelle 11: Personalentwicklung in der SARS-CoV-2-Pandemie, Land Bremen

Land Bremen	Veränderung im Zeitraum 31.03.2020 – 31.05.2021
Pflegedienst (in VK)	62,6 Vollkräfte
Ärztlicher Dienst (in VK)	17,5 Vollkräfte

30. Wie entwickelte sich der Personalbestand auf den Intensivstationen der Krankenhäuser in der Zeit der Pandemie seit März 2020? Bitte liefern Sie auch hierzu die Aufschlüsselung nach Profession und Monat pro Krankenhaus.

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt. Hier konnte die Bremische Krankenhausgesellschaft in Abfrage ihrer Mitgliedskrankenhäuser folgende Zahlen in der Kürze der Zeit ermitteln. Zunächst wurden die im Jahr 2020 im Jahresdurchschnitt vorgehaltenen Vollkräfte in der Intensivmedizin

nach dem Muster der Frage 9 ermittelt. Dieser Zahl wurde dann der Durchschnitt der vom 1. Januar 2021 bis zum Stichtag 31. Mai 2021 vorgehaltenen Vollkräfte gegenübergestellt. Die Daten wurden für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven aggregiert und sind in den Tabellen 12 und 13 zusammengefasst.

Tabelle 12: Personal in der Intensivmedizin während der SARS-CoV-2-Pandemie, Stadt Bremen

Stadt Bremen	2020	01.01. - 31.05.2021
Pflegedienst (in VK)	612,24 Vollkräfte	624,576 Vollkräfte
Ärztlicher Dienst (in VK)	224,79 Vollkräfte	214,22 Vollkräfte

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen Dienst konnte das DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus leider nicht antworten.

Tabelle 13: Personal in der Intensivmedizin während der SARS-CoV-2-Pandemie, Stadt Bremerhaven

Stadt Bremerhaven	2020	01.01. - 31.05.2021
Pflegedienst (in VK)	59,03 Vollkräfte	55,539 Vollkräfte
Ärztlicher Dienst (in VK)	18,19 Vollkräfte	21,03 Vollkräfte

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen Dienst konnten das AMEOS Klinikum Am Bürgerpark und das AMEOS Klinikum Mitte leider nicht antworten.

31. Wie viel Personal wurde seit Beginn der Pandemie über Leiharbeit zusätzlich beschäftigt, insbesondere auf den Intensivstationen? Bitte schlüsseln Sie den Anteil an Leiharbeitskräften an den insgesamt ärztlich und pflegerisch Beschäftigten seit März 2020 bis dato monatlich pro Krankenhaus auf.

Hierüber liegen der senatorischen Behörde keine spezifischen Informationen vor. Für die Beantwortung der Frage wurden die Mitgliedshäuser der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen im Zeitraum Ende Juni bis Anfang Juli 2021 befragt. Hier wurde seitens der Bremischen Krankenhausgesellschaft der Anteil an Leiharbeit gemäß der Abgrenzung in Frage 30 abgefragt. Es haben alle Krankenhäuser geantwortet, wobei nur die Ergebnisse der stadtbremischen Kliniken verwertbar waren (siehe Tabelle 14). Die Antworten wurden als Prozentanteile der Zahl der Vollkräfte in den Tabellen zu Frage 30 aufbereitet.

Tabelle 14: Leiharbeit in der Intensivmedizin während der SARS-CoV-2-Pandemie, Stadt Bremen

Stadt Bremen	2020	01.01. bis 31.05.2021
Pflegedienst (in VK)	3,43 Prozent	2,55 Prozent
Ärztlicher Dienst (in VK)	0,98 Prozent	0,50 Prozent

Hinweis: Für den Pflegedienst konnten alle Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten antworten; für den ärztlichen Dienst konnte das DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus leider nicht antworten.

32. Warum hat der Senat zur besseren Aufbereitung von Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Pandemie trotz mehrmaliger Anregung der CDU-

Bürgerschaftsfraktion versäumt, ein eigenes ergänzendes Datenmonitoring während des letzten Jahres zu etablieren? Warum hält das Gesundheitsressort bis heute den Lückenschluss bezüglich fehlender Landesdaten für entbehrlich?

Im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie wurden – teilweise innerhalb sehr kurzer Zeiträume – diverse neue Datengrundlagen für unterschiedliche Zwecke etabliert und fortwährend weiterentwickelt. Auf Bundesebene sind hier beispielsweise die vielfältigen Datenangebote des Robert Koch-Instituts (RKI) und die Etablierung des DIVI-Intensivregisters zu nennen. Während sich die Daten des RKI vornehmlich aus den Meldedaten der Gesundheitsämter speisen, baut das DIVI-Intensivregister auf den bundesweit verpflichtenden Meldungen der Kliniken auf. Hinzu kommen landesspezifische Steuerungsinstrumente wie die COVID-19-spezifische IVENA-Sonderlage, die während der ersten drei Pandemiewellen den Ausgangspunkt des täglichen Lagemonitorings für die senatorische Behörde und den Krisenstab gebildet hat. Mit IVENA liegt zudem ein Instrument vor, welches auch unabhängig von der SARS-CoV-2-Pandemie einen öffentlich zugänglichen Überblick über einen großen Teil der Krankenhausversorgung bietet. Darüber hinaus wurde beispielsweise bundesrechtlich geregelt, dass die Krankenhäuser ihre Leistungsdaten unterjährig an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln. Spezifische Informationsbedarfe konnten durch gesonderte Abfragen zu jeder Zeit gedeckt werden. Es bleibt damit insgesamt unklar, welche weiteren und darüberhinausgehenden Informationsbedarfe bestehen, die nicht durch die genannten und zahlreichen weiteren Datengrundlagen gedeckt werden können. Die Lageberichterstattung und die Datenverfügbarkeit haben sich im Pandemieverlauf stetig weiterentwickelt; zusätzliche Informationsbedarfe bestehen aktuell nicht.

Zur künftigen gesundheitspolitischen Strategie und Ausrichtung der Landeskrankenhausplanung:

33. Welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen für eine künftige Landeskrankenhausplanung zieht der Senat aus dem bisherigen Verlauf der Corona-Pandemie und deren Herausforderungen für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten im Land Bremen?

Siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 13.

Insgesamt besteht die Auffassung, dass die Pandemiefähigkeit beziehungsweise Pandemieresilienz der Kliniken im Land Bremen gezielt gestärkt werden muss, um zukünftig noch besser auf epidemisch-pandemische Lagen vorbereitet zu sein. Dies betrifft insbesondere (baulich-strukturelle) Maßnahmen, die eine bessere Parallelität von Regelbetrieb und Versorgung epidemisch-pandemischer Lagen ermöglicht. Im bisherigen Pandemieverlauf ging eine verstärkte Bereitstellung von Ressourcen immer auch zulasten des Regelbetriebes. Die bislang im Rahmen der Krankenhausplanung formulierten Grundsätze sind im Hinblick auf die Bewältigung epidemisch-pandemischer Lagen zu diskutieren, erscheinen jedoch auch vor dem Hintergrund der bisherigen Pandemieerfahrungen im Grundsatz richtig gewählt. Hierzu zählen beispielsweise die weitere Konzentration von Leistungen und die fortschreitende Ausbildung von Versorgungsschwerpunkten unter qualitativen Gesichtspunkten sowie die Intensivierung von Ausbildungsaktivitäten zwecks Fachkräftegewinnung. Insbesondere das Fachpersonal stellt eine wichtige Engpassressource dar, welche zunehmend etablierte Krankenhausstrukturen und Versorgungsangebote beeinflusst und in Zukunft aller Voraussicht nach auch ein Stück weit limitiert.

Die Krankenhausplanung im Land Bremen weist insgesamt gute Voraussetzungen auf, um unter Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren die Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie im Speziellen und die

Herausforderungen im Rahmen der Krankenhausversorgung im Allgemeinen zu begegnen. Der breit angelegte Mitwirkungsprozess im Rahmen der Krankenhausplanung setzt dabei bundesrechtliche Rahmenvorgaben idealtypisch um. Die große Planungstiefe ermöglicht eine leistungsbezogene Krankenhausplanung mit guten Steuerungsmöglichkeiten der Beteiligten. Konkret ist geplant, die Intensivmedizin als gesonderte Planungseinheit krankenhaushausplanerisch auszuweisen und damit zu einem gesonderten Beratungsgegenstand in den Strukturgesprächen zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge zu machen. Darüber hinaus ist zwischen den Beteiligten der Strukturgespräche zu klären, ob und in welchem Umfang die zusätzlich geschaffenen Intensivkapazitäten krankenhaushausplanerisch ausgewiesen werden. Maßnahmen zur Stärkung der „Pandemiefähigkeit“ beziehungsweise Pandemieresilienz sollen finanziell über den Bremen-Fonds gefördert werden.

34. Wie gut oder schlecht aufgestellt sieht der Senat insbesondere die Intensivmedizin im Land Bremen bei der weiterhin zu bewältigenden Pandemie aber auch für künftige Herausforderungen nach der Pandemie? An welchen Parametern/Bewertungsmaßstäben und mit welchen konkreten Ergebnissen wird diese Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit gemessen?

Die Kliniken im Land Bremen haben die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie bislang gut bewältigt. Im Pandemieverlauf wurde zu jeder Zeit flexibel, schnell und angemessen auf veränderte Bedarfssituationen reagiert. Die zur Pandemiebewältigung notwendigen Strukturen und Prozesse wurden und werden kontinuierlich weiterentwickelt und haben sich mittlerweile in drei Pandemiewellen bewährt. Die physischen und psychischen Belastungen des Krankenhauspersonals müssen in dieser Zeit als außerordentlich hoch eingeschätzt werden. In der AG Lagebewertung Krankenhäuser und im Krisenstab des Landes Bremen wurde regelmäßig auf die hohen Belastungen des Krankenhauspersonals und entsprechende Folgewirkungen hingewiesen. Die Klinikleitungen berichten in diesem Zusammenhang von einer vermehrten beruflichen Umorientierung speziell des Pflegepersonals. Derartige Entwicklungstendenzen verschärfen die ohnehin eingeschränkte Verfügbarkeit von Fachpersonal, speziell im pflegerischen Bereich. Insbesondere mit Blick auf die Impffortschritte ist von veränderten Ausgangsbedingungen für die weitergehende Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie auszugehen: Der Zusammenhang zwischen Infektionsgeschehen und der Zahl der stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit COVID-19 wird sich zunehmend verändern und die pandemieinduzierten Belastungen der Kliniken tendenziell verringern. Gleichwohl ein erneut starker Anstieg der Zahl an Neuinfektionen dem entgegenwirken kann – beispielsweise infolge des Auftretens neuer Virusvarianten in Kombination mit einer Vernachlässigung von allgemeinen Schutzmaßnahmen –, ist anzunehmen, dass die Intensivmedizin im Land Bremen die Pandemie weiterhin gut bewältigen kann.

Eine Bewertung der Intensivmedizin im Land Bremen auf Basis objektiver Kriterien ist aktuell nicht möglich. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsverfahren, für die die Krankenhäuser nach § 136b SGB V Pflichtdaten zur Verfügung stellen müssen, beinhalten keine expliziten Indikatoren für die Intensivmedizin und auch keinen Pandemiebezug. Der Senat der Freien Hansestadt Bremen sieht die Kliniken insofern gut aufgestellt für die weitere Pandemiebewältigung, als dass Versorgungsengpässe im gesamten bisherigen Pandemieverlauf vermieden und der COVID-19-spezifische Versorgungsbedarf gedeckt werden konnte. Aus diversen Rückmeldungen der Kliniken ist jedoch erkennbar, dass speziell die eingeschränkte Verfügbarkeit von Fachpersonal die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser einschränkt. Hierbei handelt es sich um ein Problem, welches allenfalls mittelfristig und nur durch eine Vielzahl an Maßnahmen gelöst werden kann (siehe hierzu unter anderem die Maßnahmenpakete

der Konzertierten Aktion Pflege). Insgesamt sind die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten im Land Bremen gut ausgebaut; Herausforderungen ergeben sich insbesondere mit Blick auf die Wahrnehmung oberzentraler Versorgungsaufgaben in Kombination mit den für den Betrieb notwendigen, im Umfang aber eingeschränkt verfügbaren Personalressourcen.

35. Wie bewertet der Senat, ausgehend von den derzeitigen Personalkapazitäten, die aktuelle und künftige Leistungsfähigkeit der Intensivmedizin im Land Bremen? Wie viele Intensivpflegekräfte werden aktuell und künftig zusätzlich in den Krankenhäusern des Landes gebraucht?

Die Leistungsfähigkeit der Intensivmedizin im Land Bremen ist differenziert zu betrachten. Bei der krankenhausesplanungsrechtlichen Leistungsfähigkeit handelt es sich nicht um einen behandlungs-, sondern um einen krankenhaesstrukturbezogenen Begriff. Hiermit sind nicht die Art und Qualität der Krankenhausleistungen gemeint, sondern in erster Linie die personellen und sächlichen Strukturvorgaben der stationären Leistungserbringung.

Die Intensivkapazitäten in Bremen und Bremerhaven sind räumlich und technisch gut ausgestattet, insbesondere jedoch mit Blick auf die Verfügbarkeit von Fachpersonal und gemessen an der Wahrnehmung oberzentraler Versorgungsaufgaben nur eingeschränkt leistungsfähig. Dennoch im Dienst alle Anforderungen zu erfüllen, führt zu hohen Belastungen beim verantwortlichen Personal. Eine Erweiterung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten setzt voraus, dass die Aus- und Weiterbildungsaktivitäten erfolgreich intensiviert und zusätzliches Personal dauerhaft im Klinikbetrieb gehalten werden kann. Hierfür sind auch die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen von Bedeutung. Der zukünftige Bedarf an Intensivpflegekräften wird aktuell im Gesundheitsberufe-Monitoring ermittelt; entsprechende Ergebnisse werden zum Ende des Jahres 2021 erwartet.

36. In welchem Verhältnis sieht der Senat die Krankenhäuser im Land Bremen als Versorger für Bremerinnen und Bremer sowie als Versorger für die Bevölkerung im Land Niedersachsen? Wie viele Patientinnen und Patienten wurden hier vor und in der Pandemie und werden künftig prognostisch aus welchem Bundesland stationär behandelt?

Die Krankenhäuser im Land Bremen übernehmen eine ausgeprägte Oberzentrumsfunktion und besitzen damit eine große Bedeutung für die Bevölkerung im Land Niedersachsen. Gleichwohl die Krankenhausplanung grundsätzlich landesspezifisch ausgerichtet ist, orientiert sich die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht starr an Landesgrenzen. Patientinnen und Patienten aus Niedersachsen stellen einen großen Teil des Behandlungsaufkommens und sind damit auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ein wichtiger Faktor für die Kliniken im Land Bremen. Der Anteil von Patientinnen und Patienten aus Niedersachsen in den Krankenhäusern der Stadt Bremen lag in den Jahren 2016, 2017, 2018 und 2019 bei 35,3, 35,8, 35,4 und 35,7 Prozent; der Anteil von Patientinnen und Patienten aus Niedersachsen in den Krankenhäusern der Stadt Bremerhaven lag in den Jahren 2016, 2017, 2018 und 2019 bei 45,4, 45,1, 46,3 und 46,5 Prozent (siehe hierzu auch Antwort zu Frage 1f). Im Jahr 2020 hat sich der Anteil an auswärtigen Patientinnen und Patienten nicht wesentlich verändert: In den Kliniken auf dem Stadtgebiet Bremen stammen 34,9 Prozent aller Behandlungsfälle aus Niedersachsen, in den Kliniken auf dem Stadtgebiet Bremerhaven sind es 47,1 Prozent (Land Bremen: 37,4 Prozent). Tabelle 15 gibt Aufschluss über die Herkunft der Behandlungsfälle im Jahr 2020. Zukünftig ist von einem vergleichbaren Behandlungsaufkommen aus Niedersachsen auszugehen, da der Anteil auswärtiger Behandlungsfälle im Zeitverlauf vergleichsweise stabil ist.

Tabelle 15: Herkunft der Behandlungsfälle nach Stadtgebiet, 2020

Regionale Einheit	Bremen		Bremerhaven		Land Bremen	
Land Bremen	100.963	63,9%	21.188	51,9%	122.151	61,5%
<i>Stadt Bremen</i>	99.326	62,9%	397	1,0%	99.723	50,2%
<i>Stadt Bremerhaven</i>	1.637	1,0%	20.791	51,0%	22.428	11,3%
Niedersächsisches Umland	49.583	31,4%	18.787	46,1%	68.370	34,4%
<i>LK Cuxhaven</i>	2.649	1,7%	15.166	37,2%	17.815	9,0%
<i>Delmenhorst (Stadt)</i>	3.602	2,3%	10	0,0%	3.612	1,8%
<i>LK Diepholz</i>	15.003	9,5%	39	0,1%	15.042	7,6%
<i>LK Nienburg/Weser</i>	1.326	0,8%	7	0,0%	1.333	0,7%
<i>LK Oldenburg</i>	2.274	1,4%	16	0,0%	2.290	1,2%
<i>LK Osterholz</i>	11.697	7,4%	702	1,7%	12.399	6,2%
<i>LK Rotenburg (Wümme)</i>	2.336	1,5%	363	0,9%	2.699	1,4%
<i>LK Verden</i>	9.209	5,8%	39	0,1%	9.248	4,7%
<i>LK Wesermarsch</i>	1.487	0,9%	2.445	6,0%	3.932	2,0%
Übriges Niedersachsen	5.491	3,5%	409	1,0%	5.900	3,0%
<i>Niedersachsen insgesamt</i>	<i>55.074</i>	<i>34,9%</i>	<i>19.196</i>	<i>47,1%</i>	<i>74.270</i>	<i>37,4%</i>
Andere Bundesländer	1.571	1,0%	345	0,8%	1.916	1,0%
Ausland	355	0,2%	58	0,1%	413	0,2%
Unbekannt	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<i>Land Bremen und NI-Umland</i>	<i>150.546</i>	<i>95,3%</i>	<i>39.975</i>	<i>98,0%</i>	<i>190.521</i>	<i>95,9%</i>
<i>Land Bremen und Niedersachsen</i>	<i>156.037</i>	<i>98,8%</i>	<i>40.384</i>	<i>99,0%</i>	<i>196.421</i>	<i>98,8%</i>
Insgesamt	157.963	100,0%	40.787	100,0%	198.750	100,0%

Datengrundlage: landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

37. Wo sieht der Senat Überkapazitäten und Doppelstrukturen in den einzelnen Disziplinen und Fachbereichen der Krankenhäuser im Land Bremen, gemessen am tatsächlichen medizinischen Bedarf und an der Bevölkerungsentwicklung? Wo konkret gibt es Handlungsbedarfe?
38. Wo sieht der Senat fehlende Kapazitäten in den einzelnen Disziplinen und Fachbereichen der Krankenhäuser im Land Bremen? Wo konkret gibt es welche Weiterentwicklungsbedarfe?

Die Fragen 37 und 38 werden zusammen beantwortet.

Die senatorische Behörde erarbeitet aktuell einen neuen Krankenhausrahmenplan für den Zeitraum ab 2022. Ein wesentlicher Bestandteil des Krankenhausrahmenplans ist die Ermittlung des in der Zukunft zu erwartenden Versorgungsbedarfes. Entsprechende Ergebnisse liegen aktuell noch nicht vor. Auf Basis des neuen Krankenhausrahmenplans erfolgen die Strukturgespräche zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge. Etwaige Überkapazitäten, Doppelstrukturen und fehlende Kapazitäten werden im Rahmen dieser Gespräche beraten und gegebenenfalls Bestandteil der Vereinbarungsvorschläge (in Form von Kapazitätsanpassungen und weitergehenden strukturellen Veränderungen). Ein Vorgriff auf die Ergebnisse des gestuften krankenhauserplanerischen Beteiligungsverfahrens soll an dieser Stelle nicht erfolgen. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass Fachgebiete mit einem stark altersassoziierten Inanspruchnahmeprofil einen steigenden Versorgungsbedarf verzeichnen werden. Hierzu gehören demografiebedingt insbesondere die Fachgebiete der Kardiologie und Geriatrie. Demgegenüber ist mit einem abnehmenden Versorgungsbedarf in Fachgebieten mit einem tendenziell jungen Inanspruchnahmeprofil zu rechnen. Hierzu gehören demografiebedingt – zumindest mittelfristig – die Fachgebiete der Pädiatrie

(Kinder- und Jugendmedizin) und der Geburtshilfe. Neben der demografischen Entwicklung nehmen weitere Faktoren Einfluss auf die konkrete Bedarfsentwicklung und damit die Struktur der Krankenhauslandschaft. Hierzu gehören beispielsweise der medizinisch-technische Fortschritt (unter anderem zunehmende Leistungserbringung im ambulanten Versorgungsbereich) sowie Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Veränderungen in den krankenhausspezifischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen (insbesondere den angrenzenden Landkreisen und kreisfreien Städten).

39. Wie bewertet der Senat die Kooperationen zwischen den Krankenhäusern im Land Bremen? Welche konkreten Schritte unternimmt der Senat und welche Impulse liefert er selbst für ein Miteinander der Krankenhäuser, unabhängig von der Trägerschaft der Häuser?

Die Kooperationen zwischen den Kliniken können während der Pandemie sowohl in Bremen als auch in Bremerhaven als sehr gut bezeichnet werden. Mit den Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln wurde über weite Phasen der Pandemie ein Instrument etabliert, mit dem wettbewerbliche Anreizstrukturen zumindest teilweise in den Hintergrund getreten sind. Hierdurch war es möglich, vermehrt Behandlungsressourcen – dem Bund-Länder-Beschluss vom 12. März 2020 entsprechend – für die unmittelbare COVID-19-Versorgung gemeinsam durch alle Kliniken zur Verfügung zu stellen. Im Land Bremen konnte der gleichgerichtete und gleichmäßige Einbezug aller Akutkliniken in die COVID-19-Versorgung durch zusätzliche Landesmittel stabilisiert werden. Auch unterstützende Leistungen der somatischen Fachkliniken konnten hierdurch realisiert werden. Identische Rahmenbedingungen wurden dabei durch die behördlichen Anordnungen zu den vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten für die COVID-19-Versorgung vorgegeben (Zeitraum: 1. November 2020 bis 30. Juni 2021).

Die Förderung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander ist ein erklärtes Ziel des Bremischen Krankenhausgesetzes; die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhaushübergreifenden Versorgung soll dabei erleichtert werden (§ 2 Absatz 2 BremKrhG). Gemäß § 25 Absatz 1 BremKrhG sind die Krankenhäuser zur Zusammenarbeit untereinander, mit anderen Leistungserbringern und weiteren gesundheitsnahen Einrichtungen verpflichtet. Der rechtliche Rahmen und die Erwartungshaltung der senatorischen Behörde sind somit bereits als elementarer Bestandteil im Bremischen Krankenhausgesetz angelegt. Im neuen Krankenhausrahmenplan 2022ff sollen krankenhausträgerübergreifende Kooperationen einen wichtigen Grundsatz der Krankenhausversorgung darstellen, an dem sich die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen verstärkt orientieren soll. Speziell vor dem Hintergrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Fachpersonal ist es geboten, kooperative Lösungen zur Erbringung bestimmter Versorgungsaufträge umzusetzen und damit einer unnötigen Fragmentierung von Versorgungsaufträgen auf mehrere Träger – insbesondere, wenn diese personell nicht zufriedenstellend hinterlegt werden können – entgegenzuwirken. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass (insbesondere sehr spezielle) Leistungen nachhaltig angeboten werden können. Die rechtlichen Grundlagen finden sich im Bremischen Krankenhausgesetz: Nach § 25 Absatz 1 können sich Versorgungseinheiten auch krankenhaushübergreifend mit dem Ziel der Versorgungssicherheit und zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zusammenschließen.

40. Wann legt der Senat der Bürgerschaft und der Öffentlichkeit eine mittel- und langfristige Landesgesundheitsstrategie unter Mitwirkung aller Krankenhäuser des Landes vor? Ist ein solch überfälliges Konzept auch unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Zeit der Corona-Pandemie unter Federführung des Gesundheitsressorts in Arbeit? Wenn ja, wann liegt ein geschlossenes Landeskonzzept vor? Wenn nein, warum wird es nicht erarbeitet?

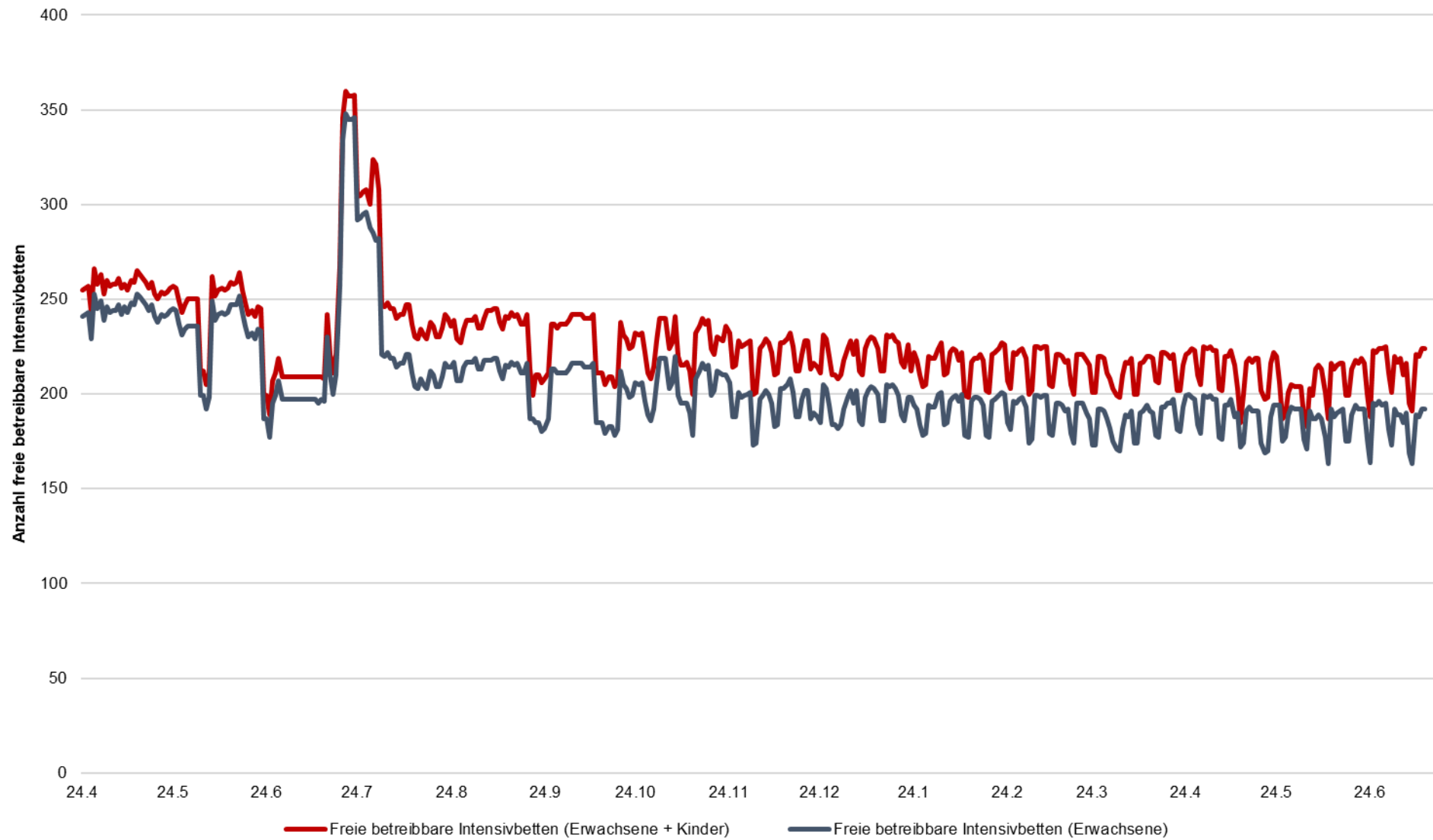
Im Anschluss an die dritte Pandemiewelle wurde mit der Erarbeitung eines neuen Krankenhausrahmenplans 2022ff begonnen. Die bisherigen Erfahrungen aus der SARS-CoV-2-Pandemie sollen hier ihren Niederschlag finden. Eine Strategie der Gesundheitsversorgung im Land Bremen soll unter Einbeziehung der zu erarbeitenden Krankenhausstrategie in einem zweiten Schritt entwickelt werden. Darüber hinaus ist geplant, Maßnahmen zur Stärkung der Pandemiefähigkeit und Pandemieresilienz der Kliniken finanziell zu fördern. Durch den breit angelegten Mitwirkungsprozess im Rahmen der Krankenhausplanung wird sichergestellt, dass unterschiedliche Sichtweisen und Interessen bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen gebündelt und gegeneinander abgewogen werden. Ziel ist es, zum Jahresende 2021 einen vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossenen Krankenhausrahmenplan 2022ff vorliegen zu haben. Hieran schließen sich die Strukturgespräche zur Konkretisierung der krankenhausspezifischen Versorgungsaufträge an, sodass idealerweise zur Jahresmitte 2022 ein neuer Landeskrankenhausplan 2022ff vorliegt. Trotz veränderter Ausgangsbedingungen (insbesondere Impffortschritte) können pandemiebedingte Verzögerungen im Prozess der Planerstellung nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Anhang 1: Anzahl der voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten nach Krankenhaus, 2016-2019

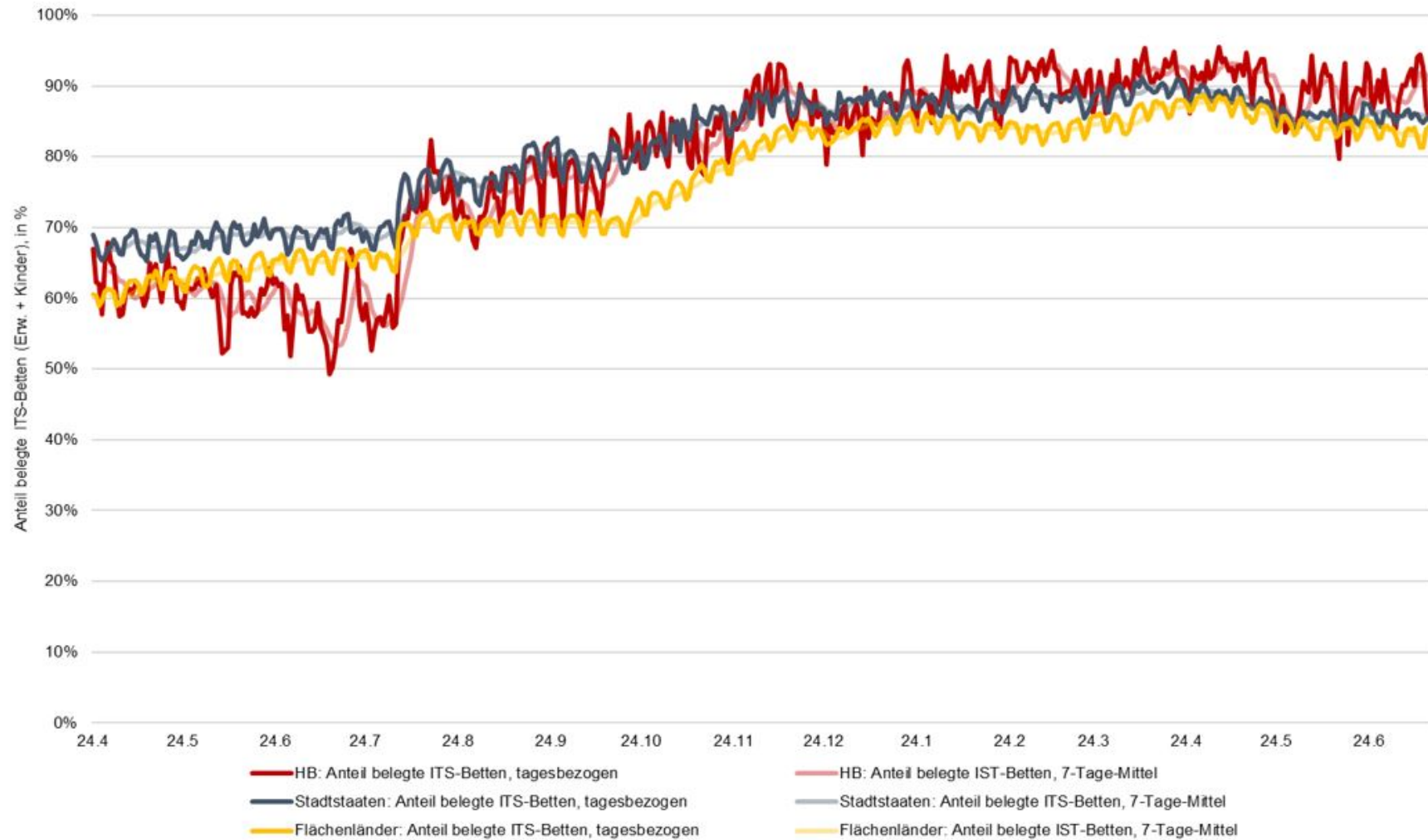
Krankenhaus	Vollstationäre Planbetten und teilstationäre Behandlungsplätze, 2016-2019												Intensivbetten	
	2016			2017			2018			2019			2019	
	vollst.	teilst.	Σ	vollst.	teilst.	Σ	vollst.	teilst.	Σ	vollst.	teilst.	Σ	Plan	Betrieb
Arche Klinik Bremerhaven	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0	0
AMEOS Klinikum Am Bürgerpark	215	0	215	215	0	215	215	0	215	181	0	181	12	10
AMEOS Klinikum Mitte BHV	182	0	182	182	0	182	182	0	182	155	0	155	14	8
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	605	75	680	618	105	723	635	105	740	644	115	759	21	21
<i>Stadtgebiet Bremerhaven</i>	<i>1.002</i>	<i>95</i>	<i>1.097</i>	<i>1.015</i>	<i>125</i>	<i>1.140</i>	<i>1.032</i>	<i>125</i>	<i>1.157</i>	<i>980</i>	<i>135</i>	<i>1.115</i>	<i>47</i>	<i>39</i>
AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen	195	25	220	201	35	236	201	35	236	201	35	236	0	0
DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus	363	47	410	367	47	414	354	47	401	354	47	401	14	14
Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen	406	43	449	405	43	448	405	51	456	405	51	456	19	19
Klinikum Bremen-Mitte	792	59	851	788	59	847	770	59	829	773	59	832	91	73
Klinikum Bremen-Nord	448	73	521	456	73	529	464	73	537	464	73	537	35	20
Klinikum Bremen-Ost	706	194	900	711	194	905	689	194	883	692	201	893	31	20
Klinikum Links der Weser	511	18	529	515	18	533	515	18	533	515	18	533	43	37
Paracelsus-Klinik Bremen	70	0	70	73	0	73	70	0	70	70	0	70	0	0
Roland-Klinik Bremen	146	0	146	146	0	146	141	0	141	141	0	141	0	0
Rotes Kreuz Krankenhaus	266	39	305	267	39	306	262	40	302	262	40	302	20	0
<i>Stadtgebiet Bremen</i>	<i>3.903</i>	<i>498</i>	<i>4.401</i>	<i>3.929</i>	<i>508</i>	<i>4.437</i>	<i>3.871</i>	<i>517</i>	<i>4.388</i>	<i>3.877</i>	<i>524</i>	<i>4.401</i>	<i>253</i>	<i>203</i>
Land Bremen	4.905	593	5.498	4.944	633	5.577	4.903	642	5.545	4.857	659	5.516	300	242

Quelle: Festsetzungsbescheide der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde für die jeweiligen Krankenhausträger.

Anhang 2: Anzahl der freien Intensivbetten im Zeitverlauf, Erwachsene (Quelle: DIVI-Intensivregister)



Anhang 3: Anteil der belegten Intensivbetten im Zeitverlauf, Erwachsene (Quelle: DIVI-Intensivregister)¶



Anhang 4: Zuschüsse für zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Quelle: SGFV)

Krankenhaus	Intensivbetten		Zuschüsse für die Einrichtung zusätzlicher Intensivbetten			
	<i>vorhanden in 03/2020</i>	<i>zusätzlich seit 03/2020</i>	<i>Bundesmittel bewilligt (in T €)</i>	<i>Bundesmittel ausgezahlt (in T €)</i>	<i>Landesmittel bewilligt (in T €)</i>	<i>Landesmittel ausgezahlt (in T €)</i>
AMEOS Klinikum Am Bürgerpark	10	12	600	600	420	0
AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven	6	4	200	200	140	0
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	21	10	500	500	350	350
<i>Stadt Bremerhaven</i>	37	26	1.300	1.300	910	350
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	8	8	400	400	280	0
Krankenhaus St. Joseph-Stift	8	11	550	550	385	385
Klinikum Bremen-Mitte	36	27	1.350	1.350	945	0
Klinikum Bremen-Nord	16	19	950	950	665	0
Klinikum Bremen-Ost	16	22	1.100	1.100	770	0
Klinikum Links der Weser	26	11	550	550	385	0
Rotes Kreuz Krankenhaus	8	12	600	600	420	420
Roland Klinik Bremen	0	3	150	150	105	0
<i>Stadt Bremen</i>	118	113	5.650	5.650	3.955	805
Insgesamt	155	139	6.950	6.950	4.865	1.155

Hinweis: Die in 03/2020 vorhandenen Intensivbetten entsprechen Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit zum 01.03.2020 gemäß Nachweis über die zusätzlich nach § 21 Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bereitgestellten intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit.

Anhang 5: Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser auf dem Stadtgebiet Bremen, Ansprüche (Quelle: SGFV, Stand: 30.06.2021)

Monat und Mittelherkunft		Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2										
		<i>Dr. Heines</i>	<i>DIAKO</i>	<i>St. J-Stift</i>	<i>KBM</i>	<i>KBN</i>	<i>KBO</i>	<i>KLdW</i>	<i>RKK</i>	<i>Paracelsus</i>	<i>Roland</i>	Σ
03/20	Bund	512.266 €	797.910 €	684.029 €	1.157.408 €	972.563 €	1.347.808 €	1.173.850 €	707.482 €	416.259 €	591.293 €	8.360.867 €
04/20		965.888 €	2.675.672 €	1.779.827 €	2.599.520 €	2.007.936 €	3.248.336 €	3.560.088 €	1.844.128 €	813.736 €	1.157.184 €	20.652.315 €
05/20		662.290 €	1.706.706 €	833.437 €	2.837.128 €	2.321.171 €	2.881.059 €	2.289.894 €	1.378.666 €	435.047 €	839.485 €	16.184.882 €
06/20		603.568 €	1.259.832 €	569.050 €	976.416 €	1.268.736 €	1.505.616 €	1.213.128 €	1.322.048 €	193.945 €	428.064 €	9.340.402 €
07/20		508.474 €	1.125.426 €	489.933 €	900.002 €	880.446 €	1.126.553 €	1.046.792 €	1.638.426 €	232.439 €	389.805 €	8.338.296 €
08/20		335.625 €	1.151.746 €	624.893 €	1.638.978 €	727.055 €	965.699 €	1.426.376 €	1.200.170 €	521.723 €	506.285 €	9.098.549 €
09/20		315.784 €	915.432 €	352.934 €	1.320.924 €	535.487 €	825.242 €	800.865 €	558.768 €	267.274 €	420.883 €	6.313.593 €
10/20		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
11/20	Bund	0 €	433.380 €	130.596 €	1.317.003 €	759.914 €	928.400 €	1.039.074 €	223.232 €	0 €	0 €	4.831.598 €
	Land	0 €	121.459 €	0 €	0 €	29.141 €	11.339 €	13.345 €	112.674 €	36.404 €	60.722 €	385.085 €
12/20	Bund	0 €	1.225.068 €	1.230.768 €	2.264.506 €	1.369.688 €	1.661.178 €	1.824.098 €	659.464 €	0 €	0 €	10.234.769 €
	Land	0 €	234.360 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	254.671 €	293.444 €	540.994 €	1.323.469 €
01/21	Bund	0 €	896.964 €	1.697.815 €	1.872.466 €	1.077.117 €	858.161 €	1.330.236 €	964.888 €	0 €	0 €	8.697.647 €
	Land	0 €	234.360 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	254.671 €	190.789 €	465.232 €	1.145.052 €
02/21	Bund	0 €	693.363 €	419.046 €	1.362.874 €	1.010.541 €	282.174 €	1.197.178 €	1.479.986 €	0 €	0 €	6.445.161 €
	Land	0 €	211.680 €	385.000 €	945.000 €	665.000 €	770.000 €	385.000 €	650.026 €	108.603 €	319.019 €	4.439.327 €
03/21	Bund	0 €	716.577 €	212.446 €	741.728 €	690.792 €	346.021 €	1.018.626 €	574.822 €	0 €	0 €	4.301.013 €
	Land	0 €	828.307 €	128.722 €	316.840 €	288.769 €	161.257 €	338.984 €	520.753 €	140.101 €	219.079 €	2.942.810 €
04/21	Bund	0 €	1.015.913 €	695.742 €	1.914.462 €	930.962 €	187.732 €	1.699.261 €	874.843 €	0 €	0 €	7.318.915 €
	Land	0 €	226.800 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	246.456 €	234.915 €	346.087 €	1.054.258 €
05/21	Bund	0 €	1.269.420 €	576.596 €	2.146.455 €	962.173 €	110.406 €	1.666.094 €	878.671 €	0 €	0 €	7.609.814 €
	Land	0 €	196.560 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	213.595 €	187.074 €	287.119 €	884.348 €
06/21	Bund	0 €	440.924 €	160.615 €	768.422 €	330.724 €	43.702 €	704.965 €	255.192 €	0 €	0 €	2.704.544 €
	Land	0 €	625.742 €	131.516 €	719.595 €	315.820 €	34.702 €	655.887 €	537.400 €	3.885 €	78.612 €	3.103.159 €
Σ	Bund	3.903.894 €	16.324.334 €	10.457.726 €	23.818.291 €	15.845.305 €	16.318.087 €	21.990.524 €	14.560.784 €	2.880.423 €	4.332.998 €	130.432.366 €
	Land	0 €	2.053.526 €	645.238 €	1.981.435 €	1.298.731 €	977.299 €	1.393.215 €	2.790.246 €	1.195.215 €	2.316.863 €	15.277.509 €

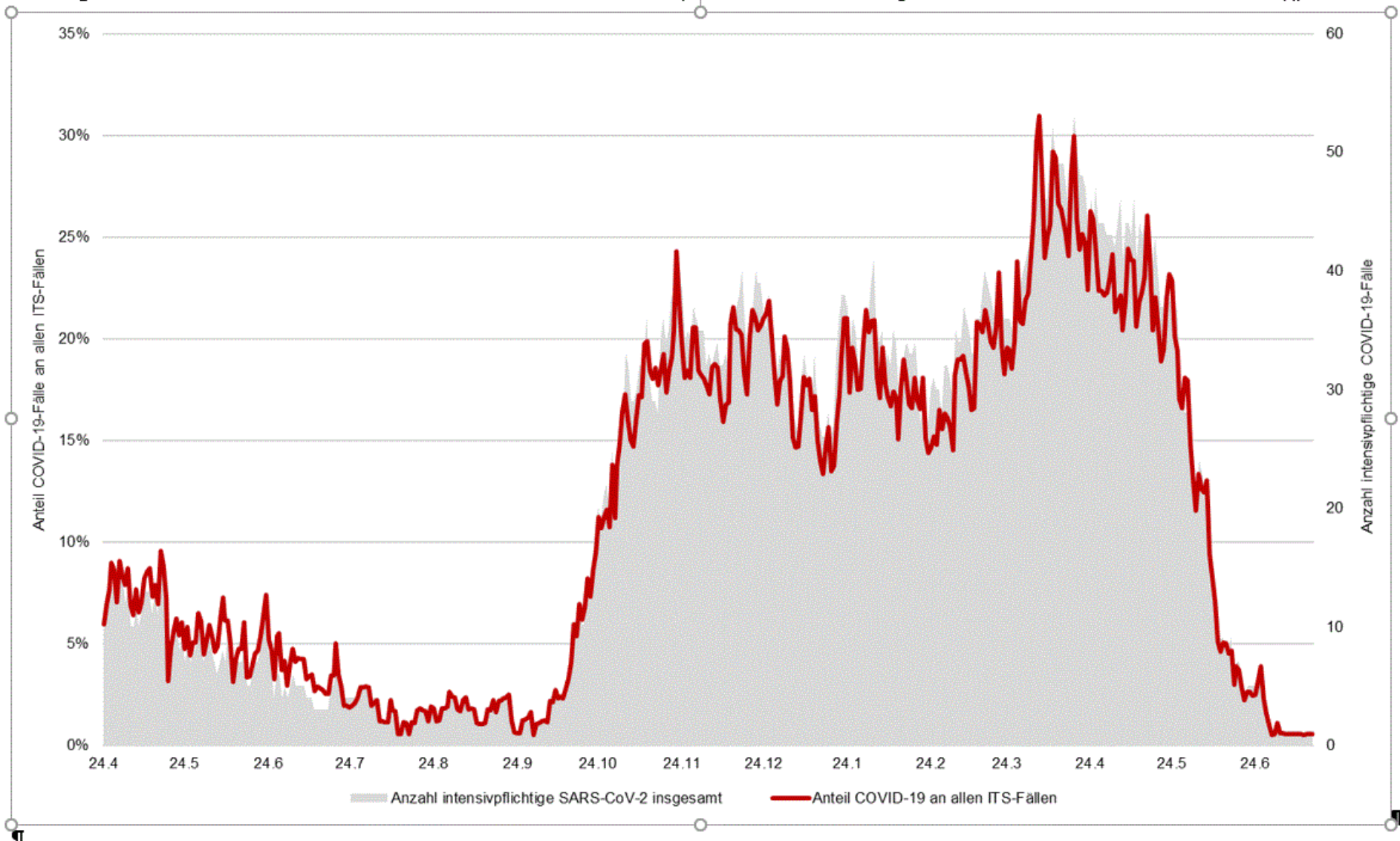
Hinweis: Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln bis zum 15.06.2021, Ausgleichszahlungen aus Landesmitteln bis 30.06.2021 (kursiv und graue Schrift: Schätzwerte).

Anhang 6: Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser auf dem Stadtgebiet Bremerhaven, Ansprüche (Quelle: SGFV, Stand: 30.06.2021)

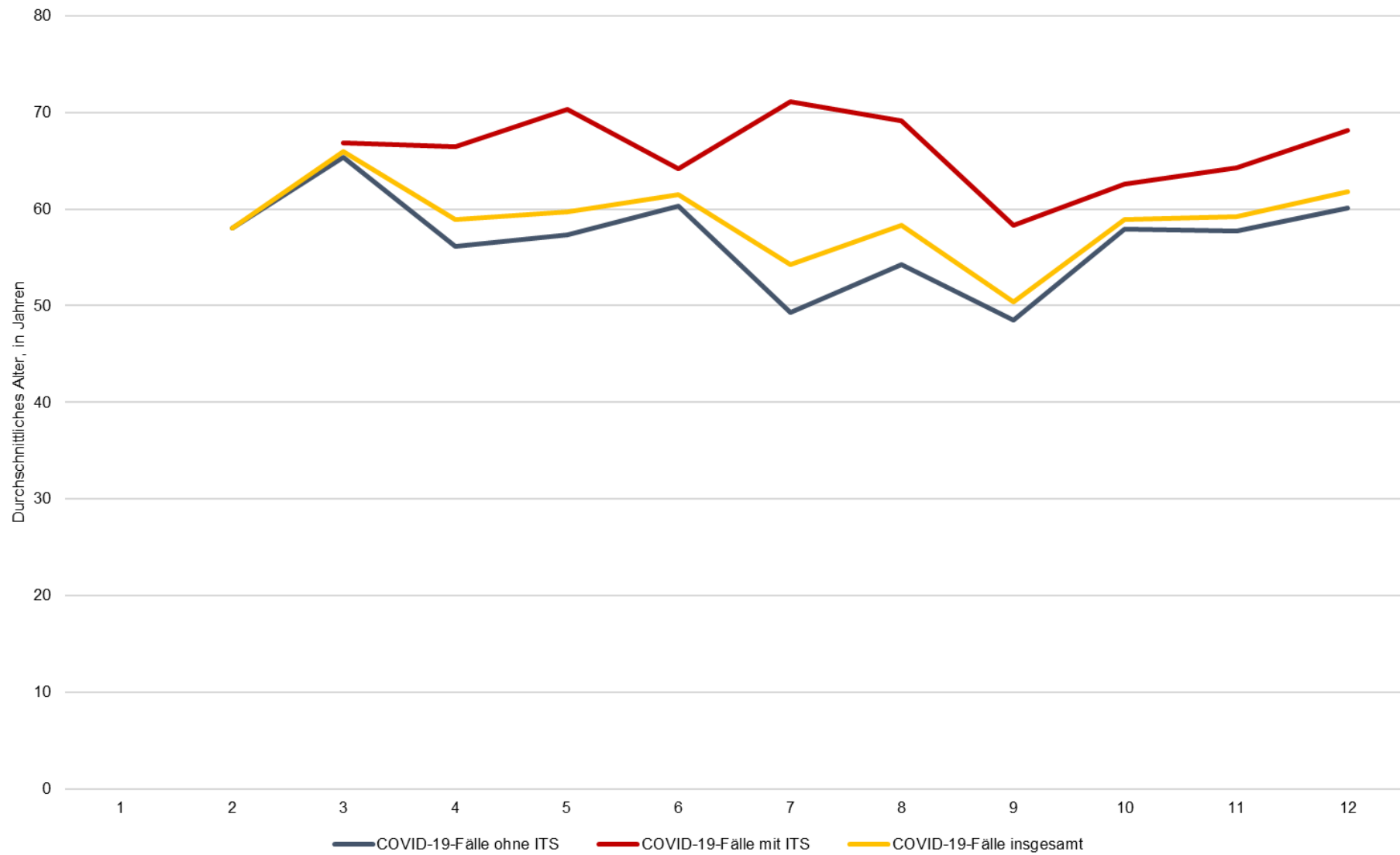
Monat und Mittelherkunft		Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2				
		AMEOS Klinikum Am Bürgerpark	AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven	Arche Klinik Bremerhaven	Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	Σ
03/20	Bund	516.723 €	103.824 €	60.413 €	1.011.338 €	1.692.298 €
04/20		1.560.736 €	393.088 €	235.032 €	2.291.728 €	4.480.584 €
05/20		810.891 €	139.160 €	200.306 €	2.528.122 €	3.678.479 €
06/20		863.856 €	197.680 €	149.912 €	843.853 €	2.055.301 €
07/20		892.091 €	295.512 €	58.999 €	636.111 €	1.882.713 €
08/20		831.611 €	241.752 €	30.166 €	371.748 €	1.475.278 €
09/20		783.776 €	164.808 €	21.831 €	359.853 €	1.330.268 €
10/20		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
11/20	Bund	0 €	0 €	0 €	160.809 €	160.809 €
	Land	298.600 €	18.598 €	0 €	66.439 €	383.636 €
12/20	Bund	459.295 €	115.970 €	0 €	784.977 €	1.360.243 €
	Land	368.787 €	26.359 €	0 €	200.177 €	595.323 €
01/21	Bund	857.314 €	105.134 €	0 €	734.498 €	1.696.946 €
	Land	0 €	0 €	0 €	273.687 €	273.687 €
02/21	Bund	652.559 €	105.538 €	0 €	274.200 €	1.032.297 €
	Land	420.000 €	140.000 €	0 €	499.040 €	1.059.040 €
03/21	Bund	877.474 €	273.521 €	0 €	236.146 €	1.387.140 €
	Land	0 €	0 €	0 €	161.195 €	161.195 €
04/21	Bund	741.686 €	404.208 €	0 €	416.616 €	1.562.511 €
	Land	0 €	0 €	0 €	207.894 €	207.894 €
05/21	Bund	591.202 €	473.105 €	0 €	380.382 €	1.444.688 €
	Land	0 €	0 €	0 €	144.635 €	144.635 €
06/21	Bund	321.199 €	192.780 €	0 €	56.099 €	570.078 €
	Land	<i>129.084 €</i>	217.980 €	0 €	148.182 €	495.246 €
Σ	Bund	10.760.415 €	3.206.080 €	756.659 €	11.086.479 €	25.809.633 €
	Land	1.216.471 €	402.937 €	0 €	1.701.249 €	3.320.657 €

Hinweis: Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln bis zum 15.06.2021, Ausgleichszahlungen aus Landesmitteln bis 30.06.2021 (kursiv und graue Schrift: Bewilligung noch ausstehend).

Anhang 7: Anzahl und Anteil von COVID-19-Fällen an allen ITS-Fällen (Quelle: DIVI-Intensivregister, Zeitraum: 24.04.2020--15.07.2021)



Anhang 8: Durchschnittliches Alter von COVID-19-Fällen, Bremen (Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, Zeitraum: 2020, in Monaten)



Anhang 9: Durchschnittliches Alter von COVID-19-Fällen, Deutschland (Quelle: Robert Koch-Institut, Zeitraum: KW¹⁰/2020 bis KW²⁷/2021)

